

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

CONTRIBUTO DE UM PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO NA TRANSIÇÃO DA MULHER  
MASTECTOMIZADA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professora Doutora Bárbara Pereira Gomes

Sílvia Filipa Moreira dos Santos

Porto, 2013



## **AGRADECIMENTOS**

Este estudo resulta de um grande esforço pessoal. No entanto, não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que sempre me apoiaram e incentivaram, e sem as quais não seria possível a sua concretização.

À Professora Doutora Bárbara Pereira Gomes, orientadora do estudo, agradeço a disponibilidade, apoio, carinho e acima de tudo, a oportunidade de aprendizagem proporcionada durante a realização deste estudo.

Às participantes, que apesar de atravessarem um difícil momento das suas vidas, com a maior amabilidade aceitaram partilhar as suas experiências.

Por últimos, mas sempre os primeiros, ao Paulo e ao Martim pelo apoio incondicional, pela paciência e compreensão durante as minhas ausências.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

Cit. - citado

DGS – Direção Geral de Saúde

Ed. - edição

Et al – e outros

Nº - número

OMS – Organização Mundial de Saúde

P. – página

Rev. – revista

Vol. - volume



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1. CANCRO DA MAMA COMO DOENÇA CRÓNICA .....</b>	<b>23</b>
1.1. Anatomia da Mama .....	26
1.2. Fisiopatologia do Cancro da mama.....	28
1.3. Modalidades Terapêuticas para o Cancro da Mama .....	31
1.3.1. Cirurgia .....	31
1.3.2. Radioterapia .....	34
1.3.3. Quimioterapia .....	35
1.3.4. Hormonoterapia .....	36
1.3.5. Imunoterapia.....	37
<b>2. COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS ASSOCIADAS À MASTECTOMIA.....</b>	<b>39</b>
<b>3. PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA MULHER SUBMETIDA A MASTECTOMIA .....</b>	<b>43</b>
3.1. Orientação da Conceção de Cuidados: Processos Corporais Comprometidos / Gestão de Sinais e Sintomas / Prevenção de Complicações .....	48
3.2. Orientação da Conceção de Cuidados: Centrada nas Condições Pessoais Influenciadoras da Resposta Humana à Transição Saúde / Doença .....	51
3.3. Orientação da Conceção de Cuidados: Centrada nas Condições Externas à Pessoa Facilitadoras da Resposta Humana à Transição Saúde / Doença .....	53
<b>4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>55</b>
4.1. Objetivos e Questões de Investigação.....	55
4.2. Tipo de Estudo.....	56





5.21. Indicadores de Processo do Processo de Transição.....	94
5.22. Indicadores de Resultado do Processo de Transição .....	95
5.23. Valorização do Programa de Enfermagem de Reabilitação.....	96
5.24. Conteúdo Programático do Programa de Enfermagem de Reabilitação Mais Valorização .....	96
5.25. Sugestões de Melhoria do Programa de Enfermagem de Reabilitação .....	97
6. CONCLUSÕES FINAIS.....	99
BIBLIOGRAFIA .....	105
ANEXOS .....	111
Anexo I – Cronograma do estudo	
Anexo II – Informação escrita entregue no primeiro contato com as participantes	
Anexo III – Informação escrita entregue no segundo contato com as participantes	
Anexo IV – Guião da entrevista	
Anexo V – Transcrição da entrevista nº 6	
Anexo VI – Carta submetida ao conselho de administração do centro hospitalar e seu parecer	
Anexo VII – Declaração de consentimento informado	



## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b> Estadiamento TNM do cancro da mama .....	29
<b>TABELA 2:</b> Caracterização socio-demográfica das participantes .....	59
<b>TABELA 3:</b> Antecedentes pessoais das participantes .....	61
<b>TABELA 4:</b> Dados relativos aos tratamentos a que as participantes foram submetidas .....	62
<b>TABELA 5:</b> Limitações nas atividades de vida diária após a cirurgia e após o programa de enfermagem de reabilitação .....	77
<b>TABELA 6:</b> Limitações nas tarefas domésticas após a cirurgia e após o programa de enfermagem de reabilitação .....	78



## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b> Anatomia da mama feminina .....	27
<b>FIGURA 2:</b> Transições: uma teoria de médio alcance .....	44
<b>FIGURA 3:</b> Reação face ao diagnóstico de cancro da mama .....	71
<b>FIGURA 4:</b> Reação face à amputação da mama .....	73
<b>FIGURA 5:</b> Medos aquando do diagnóstico de cancro da mama .....	75
<b>FIGURA 6:</b> Momento da consciencialização da transição .....	76
<b>FIGURA 7:</b> Alterações de papéis na vida familiar .....	80
<b>FIGURA 8:</b> Reação do companheiro face à amputação da mama .....	81
<b>FIGURA 9:</b> Motivações das alterações na vida social .....	83
<b>FIGURA 10:</b> Reinício da atividade profissional/ocupacional .....	84
<b>FIGURA 11:</b> Dificuldades durante o processo de transição .....	86
<b>FIGURA 12:</b> Recursos mobilizados no processo de transição .....	87
<b>FIGURA 13:</b> Motivação para o processo de transição .....	89
<b>FIGURA 14:</b> Experiências anteriores de cancro na família .....	90
<b>FIGURA 15:</b> Fontes de informação durante o processo de transição .....	92
<b>FIGURA 16:</b> Acontecimentos significativos durante o processo de transição .....	93
<b>FIGURA 17:</b> Conteúdo programático do programa de enfermagem de reabilitação mais valorizado .....	96



## RESUMO

### **Contributo de um programa de enfermagem de reabilitação na transição da mulher mastectomizada**

Ao longo dos últimos anos o cancro da mama tem-se assumido como uma grande preocupação da saúde pública mundial. Os avanços técnicos e científicos que então se têm verificado permitiram que não mais esta doença fosse considerada como uma doença fatal, passando a ser vista como uma doença crónico-degenerativa. Assim, surgiu a necessidade de conhecer o processo de transição saúde/doença vivenciado pela mulher mastectomizada e o contributo do enfermeiro de reabilitação para o mesmo.

**Objetivos:** Os objetivos que nortearam a elaboração desta investigação foram: 1) perceber o contributo de um programa de enfermagem de reabilitação no processo de transição da mulher submetida a mastectomia; 2) conhecer o processo de transição da mulher submetida a mastectomia; 3) compreender qual a perceção da mulher submetida a mastectomia do papel do enfermeiro de reabilitação no processo de transição; 4) perceber quais os cuidados de enfermagem de reabilitação facilitadores da transição da mulher submetida a mastectomia.

**Método:** Apoiando-nos no referencial teórico de Meleis, desenvolvemos esta investigação de natureza qualitativa, de carácter exploratório e descritivo. O grupo de participantes é composto por um total de nove mulheres submetidas a mastectomia total e que participaram num programa de intervenção de enfermagem de reabilitação com a duração de três meses. Como critérios de inclusão definiram-se: 1) mulheres submetidas a mastectomia no Centro Hospitalar no período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de outubro de 2012; 2) mulheres com capacidade de decisão autónoma; 3) mulheres que aceitassem participar, de forma integral, no programa de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação no período pós-operatório; 4) mulheres com competência de comunicação. Os critérios de exclusão foram: 1) mulheres que não pretendessem participar no

programa de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação; 2) mulheres com défice cognitivo; 3) mulheres com problemas neurológicos impeditivos da participação no programa de intervenção. No final do programa foi utilizada a entrevista semi-estruturada como técnica de recolha de dados. Para o tratamento dos dados utilizamos a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

**Resultados:** Destacam-se como resultados desta investigação: 1) a tomada de conhecimento do diagnóstico como responsável pelo início da transição saúde/doença, sendo este um processo difícil, marcado por emoções e sentimentos negativos; 2) as implicações decorrentes do procedimento cirúrgico refletem-se na vida da mulher a nível físico, familiar e profissional; 3) a maioria das participantes referiu sentir-se adaptada à nova situação de saúde, pelo que se infere a consecução de uma transição saudável; 4) o programa de enfermagem de reabilitação foi conotado como importante para a sua adaptação por todas as participantes; 5) o conteúdo programático mais valorizado foi o programa de exercícios, seguindo-se o apoio emocional e os ensinamentos.

**Conclusões:** Os resultados obtidos levam-nos a concluir que os cuidados de enfermagem de reabilitação foram facilitadores da transição no grupo de participantes estudado.

**Palavras-chave:** mulher mastectomizada; transição; enfermeiro reabilitação; programa de intervenção



## **ABSTRACT**

### **Contribution of a rehabilitation nursing program in the transition of the mastectomized woman**

Over the last few years breast cancer has assumed itself as a major global public health concern. The technical and scientific advances that have occurred since then, have allowed this disease to no longer be considered as a fatal disease, but as a chronic degenerative one. Thus, the need to know the transition process of health/illness experienced by the mastectomized woman emerged and the contribution of rehabilitation nurses to that same process.

**Objectives:** The objectives that guided the development of this research were: 1) to understand the contribution of a rehabilitation nursing program in the transition process of the woman who has undergone a mastectomy, 2) to know the process of transition of the woman who has undergone a mastectomy, 3) to understand which perception the women who has undergone a mastectomy has of the rehabilitation nurse's role in the transition process, 4) to understand which rehabilitation nursing cares are facilitators of the transition of the woman who has undergone a mastectomy.

**Method:** Drawing on the theoretical framework of Meleis, we have developed this research of qualitative, exploratory and descriptive nature. The group of participants consists of a total of nine women who have undergone total mastectomies and participated in a 3-month intervention program of rehabilitation nursing. The inclusion criteria defined were: 1) women who had undergone mastectomy in the Hospital Center in the period between January 1 and October 31, 2012; 2) women with autonomous decision-making capacity, and 3) women who had agreed to participate, in a comprehensive way, in the intervention program of rehabilitation nursing care in the postoperative period, 4) women with communication competence. The exclusion criteria were: 1) women who didn't want to participate in the intervention program of rehabilitation nursing care, 2) women

with cognitive impairment, and 3) women with neurological problems hindering them from participating in the intervention program. At the end of the program the semi-structured interview was used as a technique for data collection. For data processing we used Bardin's content analysis technique.

**Results:** Stand out as results of this research: 1) the consciousness raising of the diagnosis as responsible for the start of the transition health / illness, which is a difficult process, marked by negative feelings and emotions, 2) the implications resulting from the surgical procedure reflect in the woman's life on the physical, family and professional levels; 3) most participants reported feeling adapted to the new health situation, thus implying the achievement of a healthy transition, 4) the rehabilitation nursing program was seen by all participants as important for their adaptation; 5) the exercise program was the most valued program content, followed by the emotional support and the teachings.

**Conclusions:** These results lead us to conclude that rehabilitation nursing care acted as a facilitator of the transition of participants in the group studied.

**Keywords:** mastectomized woman; transition; rehabilitation nurse; intervention program

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos tem-se assistido a evoluções significativas no campo da ciência e da tecnologia. A disciplina de enfermagem tem vindo a acompanhar estes avanços, particularmente sentidos nas últimas décadas, tendo a investigação assumido um papel importante ao nível da construção de um corpo de conhecimentos que contribua para o reconhecimento e valorização da enfermagem.

No contexto atual da profissão, impera a necessidade de proceder a uma melhoria contínua dos cuidados prestados aos utentes, baseada em estudos que orientem o exercício profissional. *“O desenvolvimento e a utilização do conhecimento é essencial para a melhoria constante no atendimento ao paciente. Espera-se cada vez mais que as enfermeiras adotem a prática (...) baseada em evidência, usando resultados de pesquisa para fundamentar suas decisões, ações e interações com os clientes”* (Polit et al, 2004, p. 20). Assim, é essencial que os enfermeiros desenvolvam habilidades de investigação e revejam nelas uma oportunidade de reflexão acerca da prática de cuidados.

Ao longo dos últimos anos, o cancro da mama tem-se assumido como uma grande preocupação da saúde pública mundial. A prevalência da neoplasia da mama na mulher tem vindo a sofrer um aumento significativo. Em Portugal, apesar da incidência deste tipo de cancro variar um pouco de região para região, estima-se que surjam cerca de 3000 novos casos de cancro da mama por ano (Oliveira, 2002 cit. por Bruges, 2006). O cancro da mama é assim, o tumor mais frequente entre as mulheres portuguesas, assumindo-se como a primeira causa de morte por neoplasia (Pinheiro, 2002).

Esta doença, tão ligada à noção de incurabilidade, sofrimento, mutilação e morte, assume-se como um desafio árduo para a mulher. A mulher submetida a mastectomia vê-se confrontada com a necessidade de lidar não só com a doença, mas também com as alterações no seu estilo de vida, nomeadamente no que diz respeito ao seu desempenho físico, à imagem corporal, à sexualidade e à sua vida familiar, social e profissional. Assim, impera a necessidade de aprofundar

conhecimentos técnicos e científicos relativamente à reabilitação e manutenção da qualidade de vida destas utentes.

Enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação a exercer funções generalistas num serviço de cirurgia geral, muitas são as situações com as quais me tenho deparado ao longo dos últimos anos, interrogando-me sobre qual o contributo desta formação especializada para o processo de transição da mulher submetida a mastectomia. O diagnóstico de cancro e a proposta da intervenção cirúrgica constituem-se como motivo de grande angústia para a mulher, implicando todo um processo de mudança, integração e aceitação da nova condição de saúde.

Face ao exposto, importa perceber se uma intervenção específica e integral do enfermeiro de reabilitação junto destas utentes, nomeadamente ao nível da reabilitação física, prevenção de complicações e suporte psicossocial, se manifesta em ganhos em saúde efetivos.

Na eleição do tema do presente estudo, pesou ainda o fato de não haver conhecimento de qualquer estudo semelhante na comunidade científica. De fato, a pesquisa bibliográfica relativa a este tema remeteu-nos para áreas diversas, nomeadamente a medicina, a fisioterapia, a psicologia e a enfermagem, particularmente no âmbito do tratamento da doença, da reabilitação física, das implicações psicológicas, das vivências pessoais, da aquisição de conhecimentos e da aprendizagem de capacidades por parte da mulher mastectomizada.

O cuidado de enfermagem de reabilitação no período peri-operatório de uma mastectomia não é ainda, uma realidade em muitos contextos de prestação de cuidados de saúde, o que justifica de certo modo, a inexistência de estudos nesta área. Ainda assim, e no âmbito da enfermagem, salientam-se os estudos realizados por Barros (2008), Pinto (2009) e Costa (2011).

Barros (2008) estudou a “*Satisfação sexual e imagem corporal em mulheres com cancro da mama*”, norteador pelos seguintes objetivos: conhecer a forma como a mulher passou a perspetivar a sua vida depois da cirurgia da mama; perceber de que forma a imagem corporal e a qualidade da satisfação sexual são influenciadas por fatores como a idade, a técnica cirúrgica utilizada, as complicações resultantes da cirurgia, as terapias co-adjuvantes e o tempo decorrido após a cirurgia; e analisar o modo como se relacionam a imagem corporal e a satisfação sexual destas mulheres. As participantes do seu estudo foram 124 mulheres com neoplasia maligna da mama e sujeitas a amputação cirúrgica da mesma. Dos

resultados desta investigação salienta-se a depreciação da imagem corporal, sendo que esta é maior nas mulheres sujeitas a mastectomia radical modificada, comparativamente a outras submetidas a técnicas cirúrgicas conservadoras. A generalidade das inquiridas apresentaram ainda, uma satisfação sexual qualitativamente pior à que apresentavam antes da cirurgia.

Pinto (2009) estudou “*As Vivências Experienciadas pelas Mulheres Mastectomizadas – Conhecer e Compreender para Cuidar*”. As participantes do seu estudo foram 120 mulheres mastectomizadas, que frequentavam a Consulta da Mama. Os objetivos deste estudo foram: conhecer a forma como a mulher vivencia o impacto de evento stressante, assim como do tratamento mamário resultante da mastectomia e tratamentos adjuvantes; conhecer de que modo a mulher mastectomizada percebe a sua imagem corporal, a auto-estima e a sexualidade após os tratamentos a que é submetida; e identificar de que forma a idade, o estado civil, o tempo de realização da mastectomia e a realização de tratamento adjuvante influenciam a vivência da mulher mastectomizada. Os resultados obtidos indicaram que a mulher submetida a mastectomia vivencia a experiência de “estar doente” como geradora de stress e com implicações nas várias esferas da sua vida, nomeadamente ao nível da auto-imagem, auto-estima e vivência da sexualidade.

Costa (2011) desenvolveu um estudo intitulado: “*Mulheres mastectomizadas – Acesso à informação e aprendizagem de capacidades*”. Os objetivos que orientaram esta investigação foram: perceber os processos de aprendizagem de capacidades da mulher mastectomizada; compreender a relevância da informação para a aprendizagem de capacidades e adaptação à sua nova condição de saúde; conhecer os recursos e estratégias adotados para suprir as dificuldades encontradas ao longo desse processo. O grupo de participantes foi composto por 12 mulheres mastectomizadas, que realizaram quimioterapia e radioterapia, e que frequentavam a consulta da mama de um hospital de oncologia. Dos resultados obtidos salienta-se que a informação relativa à doença e aos tratamentos foi transmitida essencialmente pelo médico. A respeitante às complicações decorrentes do tratamento cirúrgico foi comunicada pelos enfermeiros durante o internamento. A informação relativa a exercícios que promovam a drenagem do membro e a manutenção da sua funcionalidade ficou a cargo do serviço de medicina física e de reabilitação.

O presente trabalho de investigação insere-se no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem do

Porto, tendo surgido da seguinte questão de partida: *“Qual o contributo de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação no processo de transição da mulher submetida a mastectomia?”*.

De forma a melhor compreender o processo de transição da mulher submetida a mastectomia, optamos por fundamentar esta investigação na teoria das transições de Meleis.

O presente relatório de pesquisa encontra-se organizado de acordo com o desenvolvimento do processo de investigação e dividido em sete capítulos.

Os primeiros três capítulos remetem-se à revisão teórica e ao enquadramento conceptual da problemática em estudo. Assim, abordaremos o cancro da mama como uma doença crónica, as complicações pós-operatórias da mastectomia e o papel do enfermeiro de reabilitação no processo de transição da mulher mastectomizada.

No quarto capítulo, expomos o enquadramento metodológico do nosso estudo. Para tal, definimos os objetivos, as questões de investigação e o tipo de estudo, caracterizamos o grupo de participantes, descrevemos as opções metodológicas, os procedimentos para a recolha de dados e a metodologia de análise e tratamento dos dados. Para além disso, tecem-se ainda considerações de natureza ética que consideramos pertinentes à elaboração deste estudo.

No quinto capítulo, serão apresentados e analisados os resultados do estudo. Por último, e em jeito de conclusão, são apresentadas as considerações finais e enunciadas sugestões para a prática de cuidados e para futuras investigações neste âmbito.

Refira-se ainda que este trabalho de investigação foi encarado como um momento de reflexão e um exercício de aprendizagem, consistindo em mais uma etapa no percurso de desenvolvimento profissional e pessoal.

## 1. CANCRO DA MAMA COMO DOENÇA CRÓNICA

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças crónicas são “(...) *doenças de longa duração e progressão geralmente lenta*”. De entre elas, contam-se a doença cardíaca, as doenças respiratórias, a diabetes e o cancro, representando cerca de 60% das causas de morte a nível mundial (OMS, 2012).

Os avanços técnicos e científicos verificados nos últimos anos no âmbito da doença do foro oncológico, têm proporcionado a implementação de um diagnóstico precoce e tratamentos mais ajustados a cada pessoa. Assim, a doença oncológica deixou de ser considerada uma doença fatal, passando a ser encarada como uma doença crónico-degenerativa.

Em 2008 foram diagnosticados em todo o mundo cerca de 12.700 novos casos de cancro, tendo ocorrido cerca de 7,6 milhões de mortes decorrentes desta mesma patologia (GLOBOCAN, 2008). Esta é a principal causa de morte antes dos setenta anos de idade, ocupando o segundo lugar no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, logo depois das doenças cérebro-vasculares (DGS, 2012).

A combinação de uma incidência elevada, com o aumento dos rastreios realizados e uma melhoria significativa do prognóstico ao longo dos últimos anos, faz com que esta patologia se assuma como a mais prevalente na população mundial, logo a seguir ao cancro do pulmão (GLOBOCAN, 2008; Gobbi e Cavalheiro, 2009).

O cancro da mama, apesar de apresentar pouca expressão no sexo masculino, assume-se como o principal tipo de cancro que afeta os indivíduos do sexo feminino. A prevalência do cancro da mama a nível mundial nos homens relativamente às mulheres, é na razão de 1 para 70-130 (homens/mulheres) (Fentiman, 2001).

De acordo com os dados do Instituto Português de Oncologia, em 2010, este tipo de cancro foi o mais frequente no sexo feminino, representando 39,8% dos

casos, sendo que o grupo etário com maior incidência situa-se entre os 50 e os 54 anos de idade (Bento, 2012).

O risco de uma mulher desenvolver a doença ao longo da sua vida é estimado em 12%, cerca de uma em cada oito mulheres. No que respeita ao risco de morte associado à doença, este pode ser de até 5%, cerca de uma em cada vinte mulheres (Soerjomataram, 2008).

A etiologia da neoplasia da mama permanece ainda, em parte, desconhecida. No entanto, sabe-se que algumas variáveis influenciam a sua incidência, nomeadamente: o sexo, com maior prevalência no sexo feminino; a idade, verificando-se uma maior probabilidade de manifestação da doença à medida que a idade avança, especialmente durante a quarta década de vida; a história pessoal e familiar de cancro; a menarca precoce e menopausa tardia; a nuliparidade ou uma primeira gravidez após os 30 anos; a obesidade e uma dieta rica em gorduras, pelo favorecimento dos níveis de estrogénio séricos, principalmente em mulheres pós-menopausa; e a exposição a radiações ionizantes. Alguns autores identificam ainda, a terapia de substituição hormonal na pós-menopausa como fator predisponente para o desenvolvimento de cancro da mama. No entanto, não existe ainda evidência científica suficiente para proceder a esta afirmação (Monahan *et al*, 2000; Otto, 2000).

Atualmente, não existem métodos ou técnicas de prevenção primária para o cancro da mama que promovam uma verdadeira profilaxia da doença. O rastreio comunitário facilita o diagnóstico precoce que, associado a um tratamento menos agressivo e mutilante, consistem nos métodos passíveis de aumentar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida destas utentes (Silva, 2010).

A conotação negativa atribuída ao diagnóstico de cancro da mama, a proposta de realização de uma mastectomia e os efeitos adversos amplamente conhecidos das terapias adjuvantes constituem-se como fatores desencadeadores de grande angústia e receio para a mulher, podendo, em alguns casos, remeter à ideia de morte.

Trata-se de uma doença com sérias implicações físicas, psicológicas e emocionais para a mulher, nomeadamente ao nível do desempenho das atividades de vida diárias e dos relacionamentos interpessoais (Gobbi e Cavalheiro, 2009). O cancro da mama assume-se assim, não só como responsável pelo sofrimento físico da mulher, mas também por uma diminuição da sua função psicológica. Kissane *et*



a/ (1998) afirmam que cerca de metade das mulheres mastectomizadas desenvolvem um distúrbio psiquiátrico, ou um quadro de ansiedade ou de depressão, ou de ambos. Segundo os mesmos autores, cerca de 1/3 destas mulheres sentem-se menos atraentes, acabando por desenvolver problemas de ordem sexual.

A mutilação resultante do procedimento cirúrgico provoca uma perda da integridade corporal e uma correlativa perda ou alteração da identidade (Bruges, 2006). A mama, integrada como símbolo de beleza, prazer, feminilidade e órgão interveniente no processo de amamentação, quando amputada, pode gerar angústia e apreensão nas relações com o companheiro, os filhos e a sociedade em geral. Num estudo desenvolvido por Barreto *et al* (2008), verificou-se que esta angústia aumentava significativamente nas mulheres mais jovens, quando comparada com aquela presente nas mulheres com idade mais avançada.

Kraus (1999), num estudo desenvolvido com o objetivo de descrever a satisfação das mulheres relativamente à auto-imagem, antes e oito semanas depois do tratamento cirúrgico de cancro da mama, em comparação com mulheres sem a doença, concluiu que a satisfação com a imagem corporal é perturbada pelo procedimento cirúrgico, apesar da participação ativa da utente nas decisões relativas à seleção do tratamento.

Barros (2008), estudou a satisfação sexual e a imagem corporal da mulher com cancro da mama e obteve resultados similares no que respeita às alterações ao nível da imagem corporal. Os resultados do estudo permitiram concluir que as mulheres submetidas a mastectomia apresentavam uma maior depreciação da imagem corporal, comparativamente às mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama.

Pinto (2009), após ter estudado as vivências experienciadas pela mulher mastectomizada concluiu que a tomada de conhecimento do diagnóstico e o tratamento mamário têm implicações ao nível da imagem corporal, da auto-estima e da vivência da sexualidade, o que veio corroborar os fatos já expostos.

A mastectomia traz assim, para a vida da mulher todo um conjunto de alterações ao nível do auto-conceito, da auto-imagem e da auto-estima, que se irão repercutir nas várias esferas da vida pessoal, nomeadamente a nível familiar, social e profissional.

A resposta da mulher à doença e ao tratamento tem em conta fatores de três ordens distintas:

- variáveis médicas, nomeadamente a localização e o estadio da doença, o tratamento e a possibilidade de reconstrução mamária;
- variáveis psicossociais, designadamente o ajustamento psicológico prévio, as competências de *coping*, a rutura de projetos pessoais, a capacidade para alterar planos e o suporte social disponível;
- contexto social no qual a mulher se insere

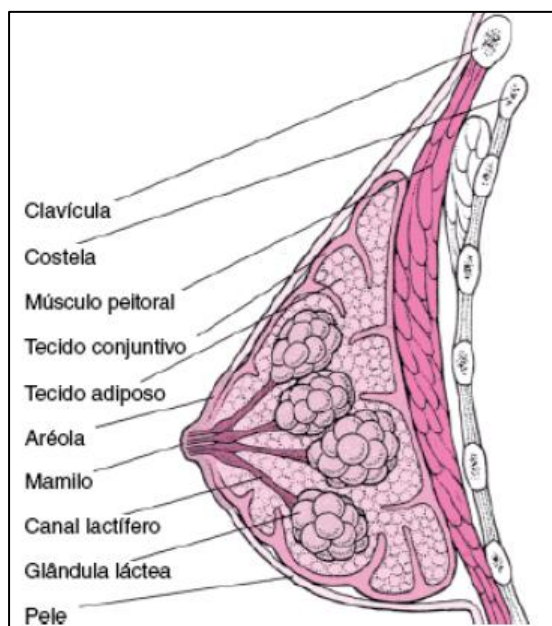
(Massie e Holland, 1991).

A tomada de conhecimento do diagnóstico de cancro da mama despoleta o início de um processo que pode ser dividido em três etapas distintas e complexas: 1) a consciencialização do diagnóstico da própria doença, tão estigmatizada na nossa sociedade; 2) o início de um longo tratamento, muitas vezes com necessidade de proceder à remoção total ou parcial da mama; 3) a aceitação de um corpo mutilado e a convivência com essa nova imagem de si mesma (Coberllini, 2001).

Cabe ao enfermeiro, enquanto profissional facilitador do processo de transição, promover a aquisição de conhecimentos e competências necessários à adaptação da mulher à nova situação de saúde, de forma a proporcionar o mais breve possível restabelecimento do seu bem-estar físico e psicológico.

## **1.1. Anatomia da Mama**

A mama é uma glândula que se localiza na parede anterior do tórax, entre a segunda e a sexta costelas, sobre o músculo peitoral (Figura 1). É sustentada por ligamentos, denominados ligamentos suspensores de Cooper, que se estendem desde a fáscia superficial do músculo grande peitoral até à pele. A área pigmentada, à volta do mamilo, denomina-se de aréola, sendo formada por



**Figura 1:** Anatomia da mama feminina: adaptada de Otto, 2000, p. 100

glândulas sebáceas, responsáveis pela segregação de um lubrificante durante a amamentação (Seeley *et al*, 2011).

Na mulher adulta, cada glândula mamária é constituída por cerca de 15 a 20 lóbulos, organizados num modelo radial, cobertos por uma quantidade significativa de tecido adiposo, cuja função é a produção de leite. Cada lobo possui um sistema de canais complexo, que termina, de forma independente dos restantes, à superfície do mamilo, responsáveis pela drenagem do leite aquando da

A mama é também constituída por uma extensa rede linfática. Os nódulos axilares drenam cerca de 60% da linfa da mama. Estes encontram-se distribuídos em três níveis: desde a parte baixa da axila até à margem lateral do músculo peitoral menor (nível I); pelo ponto intermédio do músculo peitoral menor (nível II); e sobre a margem central do músculo peitoral menor (nível III). A restante linfa é drenada pelos nódulos mamários internos (Otto, 2000; Seeley *et al*, 2011).

A irrigação sanguínea da mama tem como principal origem a artéria torácica interna. Para além disso, recebe também vários ramos da artéria axilar, principalmente dos seus ramos lateral e tóraco-acromial, e ramos cutâneos anteriores e laterais das artérias intercostais. A drenagem venosa, por sua vez, efetua-se maioritariamente para a veia axilar. As veias torácica interna, torácica lateral e intercostais, assumem-se também, como veículos de drenagem venosa da mama (Teixeira, 2010).

## 1.2. Fisiopatologia do Cancro da mama

Todos os cancros da mama têm origem genética. Cerca de 90-95% dos casos decorrem de mudanças somáticas que têm lugar durante a vida; 5-10% são hereditários, devido a mutações germinativas aquando do nascimento. Estas alterações genéticas são responsáveis pela transformação do epitélio mamário normal em hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo (Hack, 2009).

Na fase inicial, a maioria dos tumores mamários são assintomáticos. No entanto, à medida que a doença evolui podem surgir alguns sintomas, nomeadamente protuberância mamária, endurecimento, dor, prurido, erosão superficial ou ulceração, alteração no tamanho e forma da mama, depressão local da pele, secreção mamilar, inversão ou retração do mamilo, edema, dilatação dos vasos sanguíneos e alteração na coloração da pele (Otto, 2000).

A sobrevivência a longo prazo da doença encontra-se dependente de diversos fatores, entre eles, o grau histológico e citológico, o tamanho do tumor, o envolvimento dos nódulos linfáticos, os recetores de estrogénio e progesterona, a invasão vascular e linfática e as margens de resseção (Otto, 2000).

O cancro da mama pode assumir uma ampla variedade de tipos histológicos, sendo o carcinoma o mais frequente. Cerca de 90% de todos os cancros da mama ocorrem ao nível dos ductos ou dos lóbulos, denominando-se respetivamente, de carcinoma ductal ou carcinoma lobular da mama (Keitel & Kopala, 2000; Henderson e Feigelson, 1997, cit. por Silva, 2010).

Os carcinomas primários da mama podem ser classificados em “não invasivos” ou “invasivos”. Os não invasivos, também denominados de carcinomas *in situ*, desenvolvem-se no interior dos ductos ou dos lóbulos, denominando-se respetivamente, de carcinoma ductal e carcinoma lobular *in situ*. Estes destacam-se pelo seu excelente prognóstico, com uma taxa de cura de 98%, quando submetidos a tratamento loco-regional. Os carcinomas invasivos distinguem-se dos primeiros por existir penetração das células malignas no tecido exterior aos ductos e lóbulos (Otto, 2000).

O carcinoma ductal invasor assume-se como o tipo histológico mais frequente, ocorrendo em cerca de 80% dos casos. O carcinoma lobular invasor, por sua vez, ocorre em 10% dos casos. A doença de Paget do mamilo ocorre apenas em cerca de 2% dos casos, associando-se frequentemente, ao carcinoma invasivo. O carcinoma inflamatório ocorre com uma frequência rara, de 1 a 3% do total dos casos, assumindo-se como uma das formas mais agressivas da doença (Otto, 2000; Henderson e Feigelson, 1997, cit. por Silva, 2010).

Para além dos já referidos, existem ainda outros tipos de cancro da mama menos frequentes, nomeadamente o tipo medular, mucinoso, tubular e o papilar, correspondendo a um total de menos de 10% de todos os casos. Estes tipos histológicos associam-se frequentemente, a um melhor prognóstico (Henderson e Feigelson, 1997, cit. por Silva 2010).

A avaliação da extensão da doença é essencial ao planeamento do tratamento mais adequado. O cancro da mama é classificado em estadios, por meio do sistema de classificação TNM da *American Joint Committee of Cancer*. Este sistema de classificação tem em conta três parâmetros essenciais ao prognóstico da doença nomeadamente, o tamanho do tumor (T), o envolvimento de nódulos linfáticos regionais (N) e a existência de metástases à distância (M). Assim, os estádios podem ser classificados em:

<b>Estadio 0</b>	Carcinoma <i>in situ</i> (Tis-N0-M0);
<b>Estadio I</b>	Tumor abaixo dos 2cm com nódulos negativos (T1-N0-M0);
<b>Estadio II A</b>	Tumor de 0 a 2cm com nódulos positivos ou de 2 a 5cm, com nódulos negativos (T0-N1, T1-N1, T2-N0, todos M0);
<b>Estadio II B</b>	Tumor de 2 a 5cm com nódulos positivos ou com mais de 5cm com nódulos negativos (T2-N1, T3-N0, todos M0);
<b>Estadio III A</b>	Tumor com menos de 5cm com nódulos móveis ou não móveis (T0-N2, T1-N2, T2-N2, T3-N1, T3-N2, todos M0);
<b>Estadio III B</b>	Tumor de qualquer tamanho com invasão directa à parede do tórax ou pele, nódulos positivos, com ou sem nódulos linfáticos mamários internos positivos (T4-qualquer N, qualquer T- N3, todos M0);
<b>Estadio IV</b>	Qualquer metástase distante (inclui nódulos bilaterais supraclaviculares).

**Tabela 1** - Estadiamento TNM do cancro da mama: adaptado de Otto, 2000, p. 103

As características inerentes ao tumor, nomeadamente o potencial invasivo, a diferenciação histológica e o tamanho, assumem-se como fatores prognósticos da doença. Alguns autores mostraram a existência de uma relação direta entre um maior tamanho do tumor e uma maior probabilidade de presença de metástases em gânglios axilares (Otto, 2000).

O estadiamento ganglionar, por sua vez, consiste também num indicador de sobrevivência a longo prazo importante. A incidência de envolvimento ganglionar em mulheres com o diagnóstico de cancro da mama é de aproximadamente, 40% (Monahan *et al*, 2010). Segundo Otto (2000), *“(...) quando os nódulos linfáticos estão envolvidos, aumenta a probabilidade da presença de micrometástases à distância. A sobrevida é influenciada pelo número de nódulos linfáticos envolvidos”* (p. 105).

Nas utentes em que existe metastização ganglionar, a mortalidade estimada é quatro a oito vezes superior à das utentes sem envolvimento ganglionar. A presença de metastização ganglionar relaciona-se também, com uma maior prevalência de recidiva loco-regional, quando comparada com os casos em que não existe acometimento ganglionar. (Carreno *et al*, 2007).

Os marcadores de estrogénio e progesterona são reconhecidos na previsão da sobrevida a longo prazo na mulher com cancro da mama. Para além disso, estes marcadores influem também, nas opções de tratamento, dado saber-se que os tumores hormono-receptores positivos respondem melhor à terapia hormonal do que os tumores hormono-receptores negativos (Monahan *et al*, 2010).

Ainda no que respeita à avaliação da sobrevivência à doença, refira-se que são as mulheres com idade inferior a 35 anos ou superior a 70 anos quem apresentam pior sobrevivência. No primeiro caso, esta parece dever-se a fatores biológicos do tumor; já no segundo caso, parece estar dependente da existência de comorbilidades e da tendência para proceder a tratamentos menos agressivos (Kroman *et al*, 2000).

### **1.3. Modalidades Terapêuticas para o Cancro da Mama**

Os vários tratamentos passíveis de serem instituídos no controle da doença podem ter ação local ou sistémica. O tratamento local consiste na remoção ou destruição do tumor numa determinada área específica, sendo utilizado em casos restritos em que a doença ainda se encontra confinada ao local de origem ou aos gânglios linfáticos regionais. São exemplos deste tipo de tratamento a cirurgia e a radioterapia. O tratamento sistémico, por sua vez, consiste na destruição ou controlo da doença em todo o corpo. Por vezes, este tipo de tratamento pode também ser utilizado com o objetivo de diminuir o tamanho do tumor antes do tratamento local ou como tratamento paliativo, quando existe já doença sistémica diagnosticada. São exemplos deste tipo de tratamento a quimioterapia, a hormonoterapia e a imunoterapia (Schwartz, 1996; Keitel & Kopala, 2000).

Refira-se ainda, que os diversos tratamentos disponíveis na atualidade podem ser utilizados de forma individual ou combinada. No planeamento do tratamento são tidos em consideração fatores tais como, as condições tumorais (localização, tamanho e tipologia), a taxa de crescimento e agressividade, a invasão e o potencial metastático e variáveis associadas à mulher, nomeadamente o estado de saúde geral, as suas preferências e a qualidade de vida (Pinto, 2009).

#### ***1.3.1. Cirurgia***

A abordagem cirúrgica consiste na primeira opção terapêutica do cancro da mama, exceto nos tumores localmente avançados ou inflamatórios (Teixeira, 2010).

O uso da cirurgia no tratamento do cancro da mama é já uma técnica secular. No entanto, só no último século é que este tipo de tratamento tem vindo a demonstrar benefícios efetivos na sobrevida dos doentes com cancro da mama. O objetivo central desta modalidade de tratamento é obter o controlo local e regional da doença. Trata-se da modalidade de tratamento de primeira escolha na fase

inicial da doença, quando esta se encontra localizada, sem metástases à distância (Otto, 2000; Monahan, 2010).

Segundo Keitel e Kopala (2000) existem atualmente, vários procedimentos cirúrgicos instituídos no tratamento do cancro da mama, nomeadamente:

- cirurgia conservadora da mama, na qual se procede à excisão do tumor e de margens saudáveis de tecido à volta do mesmo;
- mastectomia total ou simples, que consiste na remoção de toda a mama;
- mastectomia radical, com excisão de toda a mama, músculos peitorais, todos os gânglios linfáticos da axila, algum tecido adiposo e pele;
- mastectomia radical modificada, na qual se procede à remoção da mama, alguns gânglios linfáticos da axila e o revestimento do músculo peitoral.

A opção pelo tipo de cirurgia baseia-se no estado clínico da doença (tamanho do tumor, potencial invasivo, histologia, nódulos e metástases), resultados dos meios auxiliares de diagnóstico realizados (incluindo a evidência de células cancerígenas em outras áreas da mama, para além da primária), localização do tumor, antecedentes pessoais, disponibilidade cirúrgica e experiência radioterapêutica, tamanho e forma da mama, e preferência da própria pessoa (Otto, 2000).

A técnica de linfadenectomia axilar associa-se muitas vezes, à cirurgia da mama, quer nos casos de mastectomia, quer na cirurgia conservadora da mama. Esta consiste na remoção dos nódulos linfáticos da cadeia axilar, segundo os seus níveis. As possíveis complicações inerentes a este procedimento em ambos os casos são similares, contando-se entre elas, o linfedema e a ocorrência de flebites e lesão nervosa, responsável por alterações da sensibilidade e sensação de cansaço no braço (Keitel e Kopala, 2000).

Com o objetivo de diminuir o desconforto e as limitações funcionais associadas a este procedimento, pratica-se na atualidade, uma nova técnica, denominada biópsia do gânglio sentinela, que permite o estadiamento ganglionar axilar, antes da ressecção dos gânglios. Este procedimento baseia-se no pressuposto de que uma determinada região anatómica faz toda a drenagem linfática para um ou dois gânglios linfáticos da cadeia ganglionar regional. O gânglio sentinela reflete assim, a situação tumoral de toda a cadeia ganglionar, reduzindo-



se deste modo o número de ressecções ganglionares desnecessárias (Monahan *et al*, 2010).

A mastectomia assume-se como uma opção terapêutica frequente no tratamento da doença. Segundo Otto (2000), quase todas as utentes com cancro da mama operáveis são candidatas à realização deste procedimento.

Até há alguns anos atrás, o diagnóstico de cancro da mama resultava impreterivelmente na realização de procedimentos altamente mutilantes e associados a uma elevada taxa de morbilidade pós-cirúrgica. Ao longo dos últimos anos, tiveram lugar avanços científicos significativos, que permitiram o surgimento de técnicas cirúrgicas menos agressivas que, quando associadas à quimioterapia e à radioterapia, produzem resultados satisfatórios e menos traumatizantes para a mulher.

Até ao século XIX, as teorias vigentes no pensamento médico desaconselhavam a intervenção cirúrgica de cariz curativo. Os registos descrevem o carácter universal da doença e o tipo de tratamento paliativo, nomeadamente os emplastos, as pomadas, os cáusticos, a cauterização e até a exérese da mama (Bruges, 2006).

Só no século XIX, novos avanços no conhecimento científico modificaram a atuação perante a cirurgia do cancro da mama. No entanto, as cirurgias datadas desta altura apresentavam ainda, altas prevalências de recidiva (Menke, 1991, cit. por Bruges, 2006).

Na tentativa de efetuar progressos a este nível, surgiu em 1894, a técnica de Halsted, a mastectomia radical. Esta técnica preconizava a remoção da mama e a disseção axilar completa de todos os níveis ganglionares desde o grande dorsal. Esta técnica apresentava índices de recidiva local na ordem dos 6%, assumindo-se naquela altura, como terapêutica-padrão para o carcinoma da mama (Menke, 1991, Bland, 1996, cit. por Bruges, 2006).

Novos avanços científicos no conhecimento das cadeias linfonodulares regionais tiveram lugar, resultando em técnicas cirúrgicas cada vez mais radicais, das quais é exemplo a técnica da mastectomia radical ampliada, apresentada por Margotini e Bucalossi, em 1948, que defendia a exérese completa da cadeia linfática (Bruges, 2006).

Só a partir da década de 60, após resultados decepcionantes, estas técnicas foram abandonadas, a favor da mastectomia radical modificada, apresentada por Patey (Menke, 1991, cit. por Bruges 2006).

Assim, a partir dos anos 70, a mastectomia radical modificada passou a ser o procedimento cirúrgico mais frequente no tratamento do cancro da mama, em detrimento da mastectomia radical de Halsted, reservada para tumores volumosos, fixos no grande peitoral. Esta técnica, que preconiza a preservação do músculo grande peitoral, pode assumir duas variantes: a técnica de Patey, que implica a excisão do pequeno peitoral; e a técnica de Madden, que conserva o pequeno peitoral (Menke, 1991, cit. por Bruges 2006). A nível estético, evitam-se com esta técnica cirúrgica os terríveis defeitos da parede torácica e a necessidade de enxerto de pele que, normalmente, acompanhavam o procedimento mais radical. Para além disso esta técnica permite também, diminuir as limitações do membro superior homolateral à cirurgia (Monahan *et al*, 2010).

Data também desta mesma altura a corrente defensora da cirurgia conservadora da mama, fruto da preocupação em tornar o tratamento cirúrgico do cancro da mama o menos agressivo e mutilante possível, por meio da preservação de tecido mamário (Menke, 1991, cit. por Bruges 2006).

O tipo de técnica cirúrgica a praticar no tratamento do cancro da mama tem vindo a ser objeto de estudo de investigadores mundiais. No entanto, atualmente, a mastectomia radical modificada consiste no procedimento cirúrgico de excelência para a maioria dos doentes, com probabilidade de cura.

### 1.3.2. Radioterapia

A radioterapia é uma modalidade terapêutica para o cancro da mama muito utilizada na atualidade. Por meio do uso de materiais radioativos, é possível destruir a capacidade de crescimento e de multiplicação das células tumorais, assumindo um papel importante ao nível do controlo local e regional da doença.

Este tipo de tratamento pode ser utilizado numa vertente curativa, paliativa ou como tratamento terapêutico co-adjuvante.

Os efeitos secundários deste tipo de tratamento são localizados e dependem de diversos fatores, nomeadamente da área tratada, volume de tecido irradiado, tipo e dose de radiação e de características específicas a cada indivíduo. Assim, contam-se como efeitos colaterais as alterações locais da pele, fraturas de costelas assintomáticas, fadiga, dor e supressão medular. Nos casos em que exista irradiação axilar, podem ainda surgir linfedema e limitações ao nível da mobilização articular do membro superior homolateral (Otto, 2000).

O início do tratamento tem lugar cerca de duas a quatro semanas após a cirurgia, altura em que se verifica uma completa cicatrização da ferida cirúrgica. A sua duração é de cerca de quatro a cinco semanas, com uma frequência de cinco dias por semana (Otto, 2000).

Refira-se que o efeito produzido ao nível das células tumorais pela radiação não tem natureza seletiva, isto é, as células não-malignas acabam também, por ser afetadas quando atingidas pelos raios ou partículas ionizantes.

### *1.3.3. Quimioterapia*

De entre todas as terapias adjuvantes da cirurgia, a quimioterapia apresenta-se como a mais utilizada na tentativa de reduzir as taxas de recorrência e morte associadas à doença. Trata-se de um tratamento sistémico, que visa a destruição de células tumorais à distância, com o objetivo de aumentar a sobrevivência à doença (Otto, 2000).

Os benefícios desta modalidade de tratamento parecem diminuir com a idade, apresentando melhores respostas quando utilizada em doentes jovens, sobretudo nos casos de tumores com maior risco de metastização e recorrência (Teixeira, 2010).

Os fármacos utilizados nesta modalidade de tratamento atuam ao nível das células de rápida divisão. No entanto, não apresentam capacidade discriminatória entre células saudáveis e cancerígenas, motivo pelo qual as primeiras acabam por ser destruídas juntamente com as células cancerígenas. Assim, os efeitos secundários deste tipo de tratamento são sentidos a vários níveis, nomeadamente ao nível da mucosa oral e gastrointestinal, hematológico, neurológico e cutâneo. As náuseas, vômitos, fadiga, alopecia, astenia, xerostomia, flebites e flebotromboses, contam-se também entre os efeitos secundários passíveis de ocorrerem (Keitel e Kopala, 2000; Otto, 2000).

Os fármacos podem ser administrados via oral, intravenosa ou intramuscular, sendo que o início do tratamento pode ter lugar previamente ao procedimento cirúrgico ou quatro a doze semanas após a cirurgia. A duração do tratamento é de cerca de três a seis meses, podendo no entanto, prolongar-se conforme as necessidades da pessoa (Keitel e Kopala, 2000).

Para além das alterações físicas, este tipo de tratamento acarreta também alterações psicológicas importantes, nomeadamente ao nível da auto-imagem. Num estudo desenvolvido por Costa (1997), centrado na identificação das necessidades/problemas das mulheres submetidas a quimioterapia adjuvante, constatou-se que a alteração na imagem corporal relacionada com a alopecia foi considerada a preocupação mais importante.

#### *1.3.4. Hormonoterapia*

A hormonoterapia é utilizada como tratamento sistémico adjuvante nos tumores que apresentam recetores hormonais, isto é, tumores cujo crescimento se encontra dependente dos níveis hormonais do organismo. O objetivo deste tipo de tratamento é prevenir recidivas locais e a ocorrência de um outro tumor na mama contralateral (Otto, 2000).

Segundo Teixeira (2010), os benefícios desta modalidade de tratamento parecem ser menores em utentes com tumores menores do que um centímetro,

bem diferenciados, com gânglios axilares negativos e em utentes com comorbilidades.

A hormonoterapia consiste na administração de inibidores hormonais, durante um período de três a cinco anos, que competem com o estrogénio na ligação aos receptores do tumor, inibindo a síntese de fatores de crescimento. Ainda a este nível, podem também ser utilizados fármacos cuja função é a inibição da produção de estrogénio no organismo (Keitel e Kopala, 2000; Otto, 2000).

Como efeitos secundários associados a este tipo de tratamento contam-se: alterações da coagulação sanguínea, responsáveis pela ocorrência de tromboflebites, trombozes venosas profundas ou embolias pulmonares; sintomas de menopausa em mulheres pré-menopausicas, nomeadamente alterações menstruais, secura vaginal e afrontamento; aumento de peso; e maior risco de desenvolvimento de cancro endometrial (Otto, 2000).

### *1.3.5. Imunoterapia*

A imunoterapia, ou terapia biológica, consiste num tratamento sistémico relativamente novo, que utilizando agentes biológicos, visa aumentar a imunidade do hospedeiro e intensificar a resposta de rejeição ao tumor (Schwartz, 1996).

Este tipo de tratamento envolve a utilização de anticorpos monoclonais, proteínas sintéticas, para atingir células tumorais específicas. Dada a sua especificidade, esta terapêutica atua de forma seletiva, não produzindo qualquer efeito nas células não-malignas. Por este motivo, a imunoterapia apresenta efeitos secundários ligeiros, nomeadamente erupção cutânea no local da injeção e sintomas gripais. No entanto, e apesar de pouco frequentes, encontram-se também descritos efeitos secundários mais graves a curto ou médio prazo, como alterações da pressão arterial, respiratórias ou cardíacas (POP, 2012).



## **2. COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS ASSOCIADAS À MASTECTOMIA**

As complicações pós-operatórias associadas à mastectomia podem manifestar-se a nível local ou sistémico e surgirem imediata ou tardiamente, à cirurgia.

A nível físico, a mastectomia, principalmente se acompanhada de radioterapia, pode determinar alterações da sensibilidade; aderências cicatriciais; retração e fibrose cicatricial; fibrose da articulação gleno-umeral; dor na sutura e região cervical; alterações respiratórias e posturais, principalmente ao nível da coluna vertebral e cintura escapular; diminuição da amplitude articular do ombro, podendo levar a rigidez, muitas vezes associada a atrofia muscular e articular; diminuição da força e encurtamentos musculares; necrose da pele; seroma e linfedema do braço (Araújo e Mamede cit. por Prado, 2004; Gobbi e Cavalheiro, 2009).

O aparecimento de linfedema após uma mastectomia relaciona-se essencialmente, com a disseção ou a radiação ganglionar axilar. A exérese dos gânglios axilares interrompe e dificulta o fluxo da linfa. A radiação, por sua vez, pode causar fibrose local e obstrução dos vasos linfáticos, o que também culminará numa maior acumulação de linfa no membro superior. Para além das situações já referidas, a diminuição do movimento do membro superior nas atividades funcionais e o seu posicionamento pendente podem também, contribuir para o desenvolvimento do linfedema (Kisner e Colby, 2005).

Esta complicação pós-operatória manifesta-se por aumento do diâmetro do membro superior, tensionamento da pele, risco de colapso e infeção da pele, diminuição da amplitude de movimento, nomeadamente nos dedos, punho e cotovelo, e alterações sensitivas ao nível da mão (Kisner e Colby, 2005).

Refira-se que o linfedema pode surgir no período de pós-operatório imediato, ou tardiamente à própria cirurgia. No entanto, a maior parte dos casos de

linfedema desenvolve-se durante os primeiros dois anos após o tratamento da doença (Nesvold *et al*, 2008).

A diminuição da mobilidade articular do ombro poderá ocorrer devido a alterações na fisiologia normal das estruturas da cavidade axilar, após abordagens cirúrgicas alargadas. Nas situações clínicas que determinam a necessidade de proceder ao esvaziamento axilar, procede-se à exérese da lâmina celuloadiposa, uma bolsa de gordura que é responsável pelo deslizamento das estruturas da axila entre si. Assim, a sua exérese ocasiona o aparecimento de aderências e dificuldade na mobilidade do ombro. Por outro lado, durante o procedimento poderá também, ocorrer a seção do nervo torácico longo, responsável pela inervação do músculo serrátil anterior. Assim, a sua lesão acidental durante o procedimento cirúrgico poderá provocar limitação ao nível da abdução do ombro. Decorrente deste processo, poderá instalar-se uma reação de defesa muscular, originando dores e espasmos musculares ao nível da região cervical (Campanholi 2006, cit. por Costa, 2011).

Kisner e Colby (2005) identificaram fatores que contribuem para a restrição da mobilidade do ombro após a mastectomia, nomeadamente a dor, a defesa muscular e a hipersensibilidade do ombro e da musculatura cervical posterior, a necessidade de restrição da amplitude de movimento do ombro até à remoção dos drenos, a fibrose dos tecidos moles da região axilar devido à radioterapia, as aderências da parede torácica, a diminuição temporária ou permanente da força dos músculos da cintura escapular, a postura cifótica ou escoliótica associada à idade ou à dor, o linfedema e a diminuição do uso do membro superior homolateral à cirurgia nas atividades funcionais.

A nível psicológico podem surgir sentimentos que corroborem para alterações significativas ao nível da imagem corporal, e consequentemente, da auto-estima e do auto-conceito. Estas alterações devem ser foco de atenção dos profissionais, no sentido de promover a qualidade de vida das utentes. Neste contexto, a reconstrução mamária assume-se como um procedimento cirúrgico importante, passível de melhorar as complicações a nível psicológico decorrentes da mastectomia.

O procedimento de reconstrução mamária teve uma rápida evolução ao longo dos últimos 30 anos. Este procedimento, cujo objetivo é criar uma elevação mamária simétrica similar à da mama contralateral, pode ser realizado aquando da



mastectomia ou em data posterior, de acordo com o tipo de tumor, a necessidade de radioterapia ou quimioterapia e a preferência da utente (Monahan *et al*, 2010).

Atualmente, existem duas técnicas cirúrgicas disponíveis para a realização da reconstrução mamária: a reconstrução com uso de implante e a reconstrução com retalho de tecido autólogo. Esta última, consiste numa técnica mais morosa e exigente, que utiliza tecido e gordura abdominal para reconstruir a mama (Keitel e Kopala, 2000).

Otto (2000) refere que no período pós-operatório recente a reconstrução mamária assume-se como um objetivo para algumas mulheres. No entanto, o entusiasmo pode diminuir com o tempo. A autora identifica como fatores motivadores da desistência face à reconstrução mamária o medo da cirurgia e de uma recorrência, a adaptação à mudança física, o sentimento de culpa relacionado com o desejo de restaurar a mama e a relutância em retirar a prótese.



### **3. PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA MULHER SUBMETIDA A MASTECTOMIA**

*“A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é assim, o profissional cuja intervenção visa assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e incapacidades, melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. *“Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados, e na reintegração das pessoas na família e na comunidade* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

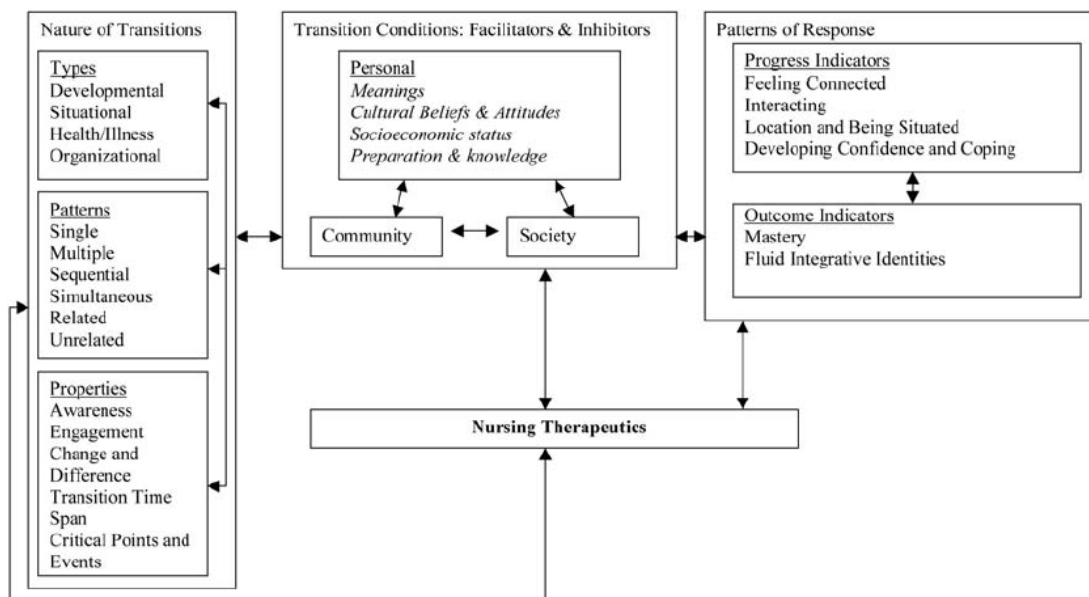
O diagnóstico de cancro da mama e a realização de uma mastectomia assumem-se como acontecimentos responsáveis pelo desencadear de um processo de transição na pessoa. A reabilitação da mulher submetida a mastectomia contribui de forma significativa para o vivenciar de todo este processo.

O termo “transição” deriva do latim *“transitiōne”* que significa mudança, passar de um estado, assunto, período ou lugar para outro (Abreu, 2008). A transição é o resultado de, e resulta em mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente (Meleis, 2010).

Chick e Meleis (1986) definem transição como *“... a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro...”* (p. 239). Trata-se de um processo de

interação entre a pessoa e o ambiente que é despoletado por uma mudança. (Zagonel, 1999; Meleis, 2010).

A teoria de médio alcance das transições de Meleis surgiu da revisão de literatura em enfermagem. Esta teoria encontra-se ilustrada na figura 2 e inclui três domínios: a natureza das transições, as condições das transições e os padrões de resposta.



**Figura 2:** Transições: uma teoria de médio alcance; adaptada de Meleis, 2010, p. 56

Chick e Meleis (1986) identificaram três tipos de transições vivenciadas pela pessoa ao longo do seu ciclo vital: transições desenvolvimentais, transições situacionais e transições saúde-doença. As transições desenvolvimentais consistem em fenómenos complexos e dinâmicos que decorrem do curso normal do crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento até à morte. Tratam-se portanto, de transições previsíveis ou até mesmo desejadas pela pessoa. As transições situacionais envolvem eventos, esperados ou não, que despoletam alterações e levam a pessoa a enfrentar e a adaptar-se à nova situação que desencadeou a mudança. As transições saúde-doença, por sua vez, podem implicar uma das seguintes situações: mudança abrupta de papel resultante da passagem de uma situação de bem-estar para uma outra de doença, uma mudança gradual no sentido oposto ou uma mudança abrupta ou gradual de uma situação de bem-estar para uma de doença, desta feita com uma vertente crónica.

Shumacher e Meleis *in* Meleis (2010) aprofundaram o estudo da transição e neste seguimento, identificaram subcategorias em cada um dos três tipos de transições nomeadas anteriormente. Para além disso, identificaram também, uma categoria adicional que nomearam de transições organizacionais. Segundo as autoras, as organizações podem experienciar transições que influenciam a vida das pessoas que trabalham com elas. Assim, este tipo de transição traduz alterações ocorridas no ambiente. Elas podem ser subsequentes a alterações na esfera social, política ou económica ou deverem-se a mudanças intra-organizacionais de cariz estrutural ou dinâmico.

Refira-se ainda, que os diferentes tipos de transições identificados não são mutuamente exclusivos. A transição assume-se como um processo complexo, sendo que múltiplas transições podem ocorrer simultaneamente durante um determinado período de tempo. Assim, podem trata-se de transições sequenciais, quando existe um seguimento, no qual uma transição leva à outra; ou simultâneas, quando ocorrem juntas num determinado período de tempo. Estas últimas, podem ainda estar, ou não, relacionadas entre si (Meleis, 2010).

Apesar do carácter complexo e multidimensional da transição, Schumacher e Meleis (1994) identificaram algumas propriedades comuns aos diversos tipos de transição. Entre estas contam-se as transições como processos contínuos que ocorrem ao longo do tempo; as transições como processos despoletados por acontecimentos significativos; as transições como processos que envolvem fluxo e movimento ao longo do tempo; e as transições com repercussões ao nível da identidade, dos papéis sociais e dos padrões de comportamento, podendo ou não seguir um determinado padrão (Zagonel, 1999; Abreu, 2008; Meleis, 2010; Azevedo, 2010).

O despoletar de um processo de transição deve-se a eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente. A transição é alvo dos cuidados de enfermagem quando está relacionada com a saúde ou a doença ou quando as respostas à transição se manifestam nos comportamentos relacionados com a saúde (Chick e Meleis, 1986; Zagonel, 1999; Chick e Meleis *in* Meleis, 2010).

Para Meleis *et al*, *in* Meleis (2010), a enfermagem é a arte e a ciência de facilitar a transição da saúde e bem-estar das populações. Os enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros cuidadores da pessoa e família em transição, encontrando-se, assim, numa posição privilegiada para preparar os indivíduos para a transição, aceder às suas necessidades psicossociais durante todo o processo e

assegurar as intervenções de enfermagem pertinentes, com vista a facilitar o desenvolvimento de competências.

Neste contexto, a situação vivenciada pela mulher submetida a mastectomia consiste numa transição saúde-doença. De fato, a reabilitação da mulher submetida a mastectomia assume um papel importante ao nível da promoção da autonomia e aquisição de competências específicas por parte da mulher. Trata-se de um processo difícil e moroso, exigindo portanto, uma assistência multidisciplinar, na qual a enfermagem assume uma importância significativa. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é o profissional habilitado para promover a adaptação da pessoa à nova situação de saúde, e desta forma, facilitar o processo de transição saúde-doença. As suas competências específicas capacitam-no para o desenvolvimento da sua atividade a este nível, passando-se assim, a citar:

*“a) – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;*

*b) – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;*

*c) – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”*

(Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2).

O processo de transição é um processo cognitivo, comportamental e interpessoal relativo à transição, que visa a incorporação da mudança na vida da pessoa. O objetivo deste processo é sempre o atingimento de uma transição saudável. Quando tal acontece, o processo move a pessoa em direção à saúde; quando ocorre a situação contrária, ele move a pessoa em direção a uma situação de vulnerabilidade e risco (Schumacher *et al* in Meleis, 2010).

A pessoa encontra-se em processo de transição quando consciencializa as mudanças que ocorrem na sua vida e passa a envolver-se no mesmo. Quando ocorre alienação ou negação da mudança, não se pode portanto, considerar que o processo de transição se tenha iniciado. Meleis (2010) denomina estas situações de fase pré-transição, sendo que impera a necessidade de derrubar as barreiras que dificultam a consciencialização, antes de proceder à facilitação da transição em si.

A transição constitui-se como um fenómeno individual, que não se processa segundo um padrão estruturado. Ela é vivenciada de diferentes formas por diferentes pessoas, mesmo quando as circunstâncias da sua ocorrência são similares.

Para compreender a transição importa ainda identificar fatores passíveis de facilitarem ou inibirem a consecução de uma transição saudável. Na sua prática diária, o enfermeiro de reabilitação deverá estar desperto para a identificação destes fatores, de forma a perceber a sua influência no processo de transição. Assim, identificam-se as condições pessoais, nomeadamente o significado da transição para a pessoa, as crenças culturais, o status socioeconómico, a preparação antecipatória para a transição e o conhecimento relativamente ao que esperar durante a mesma; as condições culturais; e as condições sociais (Meleis, 2010).

Todo o processo de transição visa assim, a obtenção de uma transição saudável. Esta, por sua vez, pode ser caracterizada tendo em conta indicadores de processo e indicadores de resultado.

Os indicadores de processo consistem em índices mensuráveis de como uma transição está a ocorrer em determinado ponto do tempo. A identificação dos indicadores de processo revela-se essencial, dado indicarem um percurso em direção a uma transição saudável ou, por outro lado, a um estado de vulnerabilidade. Assim, identificam-se como indicadores de processo a sensação e a manutenção do contato, a interação, a localização, a sensação de situado e o desenvolvimento de confiança (Meleis, 2010).

Como indicadores de resultado identificam-se o domínio do papel e o desenvolvimento de uma identidade integrativa fluída. O domínio do papel caracteriza-se pela demonstração de competências ao nível das habilidades e comportamentos exigidos no lidar com novas situações e ambientes. O desenvolvimento de uma identidade integrativa fluída resulta do fato de toda a experiência de transição saudável se caracterizar por uma reformulação da identidade inicial da pessoa, com vista à adaptação à nova situação vivenciada. Ainda, como indicadores de transições bem sucedidas, Meleis e Schumacher (1994) identificaram o bem-estar subjetivo, a mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações (cit. por Meleis, 2010).

O cuidado de enfermagem à pessoa em transição deve estar assente em determinadas premissas básicas, nomeadamente a compreensão da transição a partir da perspetiva de quem a experiencia, tendo em conta os fatores suscetíveis de a influenciar, e a posterior identificação das necessidades para o cuidado. Segundo Murphy (1990), as terapêuticas de enfermagem incluem a intervenção preventiva à transição e as estratégias de intervenção quando o evento já ocorreu ou se encontra a decorrer (Zagonel, 1999; Meleis, 2007; Azevedo, 2010).

Na conceção dos seus cuidados, é objetivo do enfermeiro de reabilitação a implementação de intervenções facilitadoras da transição. Estas podem ser orientadas em função dos processos corporais comprometidos, gestão de sinais e sintomas e prevenção de complicações e das condições pessoais e externas à pessoa, facilitadoras da resposta humana à transição saúde/doença.

### **3.1. Orientação da Conceção de Cuidados: Processos Corporais Comprometidos / Gestão de Sinais e Sintomas / Prevenção de Complicações**

Tal como foi referido anteriormente, o tratamento do cancro da mama envolve sérias implicações físicas para a mulher submetida a mastectomia. Assim, é objetivo da intervenção do enfermeiro de reabilitação minimizar limitações físicas e dotar a pessoa de competências específicas, de forma a que esta adquira um papel ativo na prevenção de complicações a curto e longo prazo.

Neste seguimento, a instituição precoce de um programa de reabilitação da mulher mastectomizada reveste-se de grande importância e tem como objetivo primário prevenir ou minimizar as complicações físicas identificadas. Deste modo, o enfermeiro de reabilitação poderá intervir ao nível do desempenho das atividades de vida diária e da própria vivência social da pessoa.

Segundo Mamede (2000), durante o processo de reabilitação a utente deverá receber informações relativamente aos cuidados pós-operatórios e exercícios que restabeleçam a capacidade funcional do braço e ombro. No entanto,



num estudo desenvolvido por este mesmo autor, verificou-se que cerca de 70% das participantes teriam recebido orientações limitadas relativamente a exercícios físicos, sendo que cerca de 38% destas mesmas orientações teriam sido fornecidas pelo médico, ao passo que apenas 32% destas teriam sido facultadas pelo enfermeiro. Assim, torna-se perentório proporcionar a estas utentes uma assistência de enfermagem eficaz e completa, que dê resposta às suas necessidades reais.

Camargo (2000) cit. in Costa (2011), considera que a reeducação da cintura escapular e do membro superior assume-se como uma necessidade básica no pós-operatório de qualquer mastectomia, independentemente da técnica utilizada. No seguimento de um estudo realizado por Reynoso-Mora *et al* (2011), verificou-se que a instituição de um programa domiciliário de terapia física em utentes mastectomizadas apresenta efeitos benéficos na recuperação da amplitude articular do ombro, das alterações sensitivas, da dor e do edema do membro homolateral à cirurgia. Pretende-se, por isso, não só restabelecer o mais rapidamente possível a função do membro superior, mas também prevenir a formação de cicatrizes hipertróficas, aderências e linfedema do membro (Prado *et al*, 2004).

Ao longo dos últimos anos, muito se tem estudado relativamente a este tema. No que respeita ao momento ideal para dar início ao programa de exercícios ainda não existe consenso entre os vários autores. Contudo, a evidência parece demonstrar que existem benefícios na iniciação precoce dos exercícios no período pós-operatório imediato, nomeadamente flexão e extensão das articulações do punho, cotovelo e ombro (Otto, 2000).

O programa de reabilitação física da mulher submetida a mastectomia deverá incluir também, exercícios que exijam a atividade dos músculos peitoral maior e menor. No entanto, no período pós-operatório precoce, o programa deverá apenas incluir exercícios cujos movimentos impliquem uma menor participação destes músculos, fazendo uma progressão gradual, em termos de frequência e complexidade. Para além disso, outros aspetos importantes a serem contemplados no programa são a postura corporal, os movimentos respiratórios durante a realização de cada exercício e os períodos de relaxamento (Mamede, 1991 cit. por Costa 2011).

Segundo DeLisa (1992) cit. in Costa (2011), Otto (2000) e Kisner & Colby (2005), o período pós-operatório deverá ser dividido em quatro fases distintas,

sendo que os cuidados de enfermagem e os exercícios a introduzir são específicos de cada uma delas.

Assim, no período pós-operatório imediato deverá ter-se em atenção:

- posicionamento do braço homolateral à cirurgia ligeiramente elevado, com o cotovelo livre, não preso à parede torácica, apoiado numa almofada, de forma a favorecer a drenagem do mesmo da extremidade distal para a proximal;
- exercícios isométricos que promovam a contratilidade muscular, de forma a facilitar a drenagem do membro.

Numa fase inicial, durante a qual a utente se mantém internada e com drenos, recomendam-se:

- exercícios respiratórios, nomeadamente inspirações profundas e tosse eficaz;
- prevenção de edemas, por meio do posicionamento do membro;
- incentivo à marcha, de forma a prevenir tromboembolismos;
- prevenção de deformidades posturais;
- mobilização da coluna cervical;
- mobilização do antebraço, punho e dedos;
- exercícios isométricos do membro superior;
- auto-massagem do membro durante o banho.

Numa segunda fase, na qual a utente se encontra ainda com material de sutura, mas já sem drenagens, está indicada:

- mobilização do ombro até 90°;
- iniciação das atividades de vida diária;
- reforço da importância do posicionamento;
- reabilitação ocupacional/vocacional, evitando movimento rápidos e de repetição e atividades com carga.

Numa fase mais tardia, na ausência de material de sutura e com cicatrização completa, deverá ter-se em conta:

- exercícios que promovam a mobilidade e fortalecimento da coluna cervical, do ombro e do braço;
- exercícios de alongamento e de relaxamento;
- massagem da cicatriz.

O programa de exercícios deverá ser repetido quatro vezes ao dia e continuado durante um período mínimo de seis semanas após a cirurgia. Refira-se que poderá haver necessidade de prolongar este período até aos seis meses, de forma a adquirir completa aquisição de mobilidade e de flexibilidade (Otto, 2000).

### **3.2. Orientação da Conceção de Cuidados: Centrada nas Condições Pessoais Influenciadoras da Resposta Humana à Transição Saúde / Doença**

As condições da pessoa suscetíveis de influenciar a resposta à transição podem constituir-se como elementos facilitadores ou inibidores de uma transição saudável. Assim, entre elas contam-se: o significado da transição para a pessoa, as suas crenças culturais, o status socio-económico, a preparação antecipatória para a transição e o conhecimento relativamente ao que esperar durante a mesma (Meleis, 2010).

Segundo Mamede (2000), o processo de reabilitação deverá contemplar o fornecimento de orientações e informações sobre as diferentes etapas de recuperação e tratamentos co-adjuvantes e cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia. De fato, tal como defendido por Meleis, a aquisição de conhecimentos relativamente à situação a vivenciar, capacita a pessoa para melhor lidar com a mesma. Não obstante, o apoio emocional e a clarificação de crenças, poderão também constituir-se como ferramentas importantes, na tentativa de facilitar a vivência do processo de transição da pessoa.

Neste âmbito, deverão ser fornecidas informações e ensinadas estratégias a utilizar, de forma a prevenir complicações e favorecer a adaptação da utente à sua nova condição. Assim, segundo Otto (2000), a mulher mastectomizada deverá ser aconselhada a:

- evitar varrer, aspirar, preparar alimentos com materiais cortantes, cozinhar e pegar em pesos superiores a 2,5kg;
- evitar transportar objetos com o membro superior homolateral à cirurgia;
- evitar avaliar a tensão arterial e proceder a punção venosa ou injeção parentérica no membro homolateral à cirurgia;
- evitar conduzir nas primeiras semanas;
- usar luvas na cozinha, de forma a evitar queimaduras ou sempre que nas tarefas domésticas utilize abrasivos como detergentes e palha-de-aço;
- usar luvas aquando da jardinagem;
- usar dedal em trabalhos manuais como a costura;
- não usar anéis, pulseiras ou mangas de roupa apertados;
- não cortar as cutículas da mão do membro homolateral à cirurgia;
- usar creme depilatório na axila homolateral à cirurgia, em detrimento da cera ou da lâmina;
- proteger o membro do sol, principalmente a área de pele sujeita a radiações;
- usar sabonetes ou cremes com pH neutro na higiene diária e hidratar regularmente o membro homolateral à cirurgia;
- sempre que estiver sentada, posicionar o braço em drenagem postural, de forma a favorecer a drenagem linfática do membro;
- vigiar a cicatriz e área circundante;
- desinfetar imediatamente qualquer lesão no membro homolateral à cirurgia e recorrer aos serviços de saúde sempre que necessário.

Ainda ao nível das condições pessoais influenciadoras da resposta humana à transição, a motivação assume-se como uma área merecedora de atenção por parte do enfermeiro de reabilitação. De fato, um dos grandes desafios dos programas de reabilitação consiste na adesão das utentes aos mesmos. Meireles (1998) cit. por Prado *et al* (2004), num estudo realizado no sentido de avaliar a eficácia de um protocolo de tratamento conservador multimodal para o linfedema, pôde constatar que o grupo de mulheres estudadas apresentava dificuldades na adesão à realização rotineira dos exercícios propostos. Quando estudadas as causas relativas a esta baixa adesão, Gutiérrez *et al*, (2006) concluíram que estas se prendem com fatores relacionados com a patologia, terapêutica proposta, equipa e sistema de saúde, para além de razões ou crenças pessoais que dificultam a adesão a esta prática. Assim, o enfermeiro de reabilitação vê-se confrontado com o desafio de encontrar estratégias estimuladoras do cumprimento do plano terapêutico instituído com a utente, o que influencia, numa primeira instância, a sua reabilitação física e posteriormente, a vivência do processo de transição.

Refira-se ainda que a intervenção do enfermeiro de reabilitação junto da mulher mastectomizada em processo de transição deverá idealmente, iniciar-se no período pré-operatório, de forma a identificar alterações pré-existentes à cirurgia e possíveis fatores de risco para as complicações pós-operatórias (Costa, 2011). No contexto da conceção de cuidados orientada para as condições da pessoa, a intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação poderá ainda desempenhar um importante papel ao nível da preparação antecipatória para a transição.

### **3.3. Orientação da Conceção de Cuidados: Centrada nas Condições Externas à Pessoa Facilitadoras da Resposta Humana à Transição Saúde / Doença**

As condições externas à pessoa suscetíveis de influenciar a resposta da mesma à transição inserem-se ao nível dos recursos da família e comunidade.

A família vivencia a situação de doença com a mulher mastectomizada, pelo que também esta deve ser contemplada como alvo de cuidados. Refira-se que a forma como esta vivência se processa manifesta-se de extrema importância para o processo de transição da pessoa, nomeadamente ao nível da facilitação da adaptação da mulher às novas exigências do seu dia-a-dia. O apoio familiar impele alguma estabilidade emocional à mulher, de forma a que esta seja capaz de suprir as suas carências emocionais e alcançar uma melhor aceitação e orientação comportamental (Fernandes, 2002, cit. por Bervian e Girardon-Perlini, 2006).

O impacto que a doença tem no seio familiar depende de vários fatores, nomeadamente da coesão familiar, do estado da doença, do tempo decorrido desde o diagnóstico, do papel da utente na família, do tipo de estrutura familiar, do nível de conflito intra-familiar e do status socio-económico, entre outros (Kristtjanson e Ashcroft, 1994).

Deste modo, é essencial que a família seja envolvida no processo de cuidados à mulher mastectomizada, consistindo ela mesma num recurso efetivo para o atingimento de uma transição saudável.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 9), “*os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde (...)*”. Assim, deverá ser preocupação do enfermeiro de reabilitação a gestão dos recursos, no sentido de orientar a pessoa de acordo com as suas necessidades psico-sociais. A disponibilização de informação relativamente a grupos de apoio e o encaminhamento da pessoa poderá assumir-se como uma estratégia eficaz no sentido de promover a adaptação da mesma à nova situação de saúde.

## **4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

Ao longo deste capítulo debruçamo-nos sobre as decisões metodológicas adotadas no desenvolvimento deste estudo. Assim, enunciam-se os objetivos e as questões de investigação, define-se o tipo de estudo, caracteriza-se o grupo de participantes, explicitam-se as estratégias de recolha, análise e tratamento dos dados e tecem-se considerações éticas.

De forma a melhor descrever os momentos e as fases que orientam este trabalho de investigação, apresenta-se, em Anexo I, o cronograma do estudo.

### **4.1. Objetivos e Questões de Investigação**

Com o presente estudo pretende-se conhecer e compreender a transição vivenciada pelas participantes, assim como o contributo do enfermeiro de reabilitação no vivenciar de todo este processo.

Neste sentido, definiu-se como objetivo geral, perceber o contributo de um programa de enfermagem de reabilitação no processo de transição da mulher submetida a mastectomia. De uma forma mais específica, pretende-se com este trabalho:

- conhecer o processo de transição da mulher submetida a mastectomia;
- compreender qual a perceção da mulher submetida a mastectomia do papel do enfermeiro de reabilitação no processo de transição;
- perceber os cuidados de enfermagem de reabilitação facilitadores da transição da mulher submetida a mastectomia.

Assim, é finalidade deste trabalho de investigação promover a melhoria dos cuidados prestados a estas utentes.

O estudo foi orientado pela questão central de investigação: *“Qual o contributo de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação no processo de transição da mulher submetida a mastectomia?”*. Da análise da literatura efetuada emergiram outras questões que corroboraram para a estruturação e orientação do estudo. Assim, definiram-se as seguintes questões de investigação:

- Será que os cuidados de enfermagem de reabilitação orientados para as atividades de vida diária facilitam o processo de transição da mulher submetida a mastectomia?
- Será que o enfermeiro de reabilitação promove a consciencialização da transição por parte da mulher submetida a mastectomia?
- Será que o enfermeiro de reabilitação intervém ao nível das condições pessoais inerentes ao processo de transição?
- Será que os cuidados de enfermagem de reabilitação favorecem o desenvolvimento de uma transição saudável por parte da mulher submetida a mastectomia?

## **4.2. Tipo de Estudo**

O presente estudo incide sobre pessoas singulares, providas de uma experiência própria e inseridas num determinado contexto que lhes é específico. Face à questão central que norteia a investigação e os objetivos enunciados, optamos pelo desenvolvimento de uma pesquisa de índole qualitativa. Deste modo, consideramos ter optado pela forma mais adequada de atingir um conhecimento profundo e abrangente do fenómeno em estudo.

A investigação qualitativa faz parte do paradigma naturalista ou interpretativo. *“O objetivo das investigações qualitativas é descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência. (...) Pretende-se assim, explorar um assunto pouco conhecido ou pouco estudado do ponto de vista da significação, da compreensão ou da interpretação* (Fortin, 2009, p. 32).



A abordagem qualitativa não se prende com generalizações, princípios ou leis. Este tipo de abordagem procura antes a aquisição de um conhecimento profundo e holístico do fenómeno em estudo. Pretende-se portanto, produzir explicações contextuais, dando-se ênfase aos significados, mais do que à frequência dos fenómenos. Segundo Polit e Hungler (1995), “ (...) *a metodologia qualitativa engloba os modos de inquirição sistemática, com vista à compreensão dos seres humanos e da natureza das suas transações consigo mesmas e com os seus arredores (...)*” (p. 259). As mesmas autoras chamam ainda a atenção para “(...) *os aspetos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreender tais aspetos na sua totalidade, nos contextos daqueles que a estão vivenciando (...)*” (p. 181).

Por estas serem as premissas inerentes ao estudo que pretendemos desenvolver, fez-se a opção por esta metodologia de investigação. Assim, pretende-se aprofundar conhecimentos sobre a temática seleccionada, sem nunca proceder a qualquer tipo de generalizações.

O presente estudo consiste num estudo de carácter exploratório e descritivo. “*O desenho descritivo serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população. Quando um tema foi pouco estudado, é necessário descrever as suas características antes de examinar relações de associação ou de causalidade entre variáveis*” (Fortin, 2009, p. 236).

### **4.3. Participantes**

A população de um estudo consiste no conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2009). Sendo que se torna impossível aceder ao conjunto da população, procedeu-se à seleção de uma amostra. O processo pelo qual é seleccionada a amostra denomina-se de amostragem. Tendo em conta a natureza qualitativa e exploratória do nosso estudo, optamos por recorrer a um método não probabilístico. De entre estes, optamos pela amostragem de conveniência, que preconiza a seleção de

peessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo (Polit *et al*, 2004).

Assim, a partir de uma população que compreende mulheres submetidas a mastectomia, procedemos à delimitação de um grupo de nove participantes, mulheres submetidas a mastectomia total num centro hospitalar entre 1 de janeiro e 31 de outubro de 2012 e que aceitaram participar no programa de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Segundo Polit *et al* (2004), na metodologia qualitativa o tamanho da amostra é definido em função da finalidade da pesquisa, da qualidade dos informantes e do tipo de estratégia de amostragem usada. A decisão de terminar a colheita de dados na nona entrevista baseou-se no fato de verificarmos que os conteúdos das entrevistas se tornavam repetitivos, pelo que consideramos ter atingido aquilo que as autoras denominam de “*saturação dos dados*”.

Ainda no processo de constituição do grupo de participantes deste estudo, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Assim, as participantes obedeceram concomitantemente, aos seguintes critérios de inclusão:

- mulheres submetidas a mastectomia no centro hospitalar no período compreendido entre 1 de janeiro e 31 de outubro de 2012;
- mulheres que não tenham recebido cuidados de enfermagem de reabilitação durante o presente processo de doença;
- mulheres com capacidade de decisão autónoma;
- mulheres que aceitaram participar de forma integral no programa de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação no período pós-operatório;
- mulheres com competência de comunicação.

Como critérios de exclusão definiram-se:

- mulheres que não pretendiam participar no programa de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- mulheres com défice cognitivo;
- mulheres com problemas neurológicos impeditivos da participação no programa de intervenção.

#### 4.3.1. Caracterização Socio-demográfica das Participantes

O grupo de participantes deste estudo compõe-se de um total de nove mulheres, submetidas a mastectomia total num centro hospitalar e participantes num programa de intervenção de enfermagem de reabilitação no período pós-operatório com a duração de três meses. Seguidamente, procede-se à caracterização socio-demográfica das mesmas.

	N
<b>Idade</b>	
40-50	3
51-60	2
61-70	3
>70	1
<b>Estado Civil</b>	
Casada/União de Fato	8
Viúva	1
<b>Primiparidade</b>	
20-25	6
26-30	2
>30	1
<b>Número de filhos</b>	
1	2
2	6
4	1
<b>Coabitação</b>	
Marido	3
Marido e filhos	4
Marido, filhos e outros familiares	1
Sozinha	1
<b>Escolaridade</b>	
1º ciclo	5
2º ciclo	3
3ºciclo	1
<b>Atividade ocupacional/profissional</b>	
Reformada	4
Costureira	2
Doméstica	1
Jardineira	1
Técnica de limpeza hospitalar	1

**Tabela 2 – Caracterização socio-demográfica das participantes (N=9)**

Da análise do quadro anterior emergem os seguintes dados:

- as participantes apresentam idades compreendidas entre os 40 e os 77 anos;
- oito das participantes são casadas ou vivem em união de fato; uma participante é viúva;
- a primiparidade média do grupo de participantes é de 25,6 anos;
- quanto à paridade, seis das participantes referiram ter dois filhos; duas referiram ter um filho; e uma referiu ter quatro filhos;
- oito das participantes coabitam com outras pessoas; uma referiu viver sozinha; das participantes que vivem acompanhadas, três coabitam com o marido, quatro com marido e filhos, e uma com marido, filhos e outros familiares;
- o nível de escolaridade das participantes é baixo, sendo que cinco participantes concluíram o primeiro ciclo do ensino básico; três o segundo; e apenas uma o terceiro ciclo;
- cinco das participantes não apresentam atividade profissional; destas, quatro encontram-se reformadas e uma é doméstica; de entre as quatro participantes profissionalmente ativas, duas são costureiras, uma jardineira e uma técnica de limpeza hospitalar.

#### *4.3.2. Antecedentes Pessoais das Participantes*

De forma a melhor caracterizar as participantes, optamos por questioná-las relativamente aos seus antecedentes pessoais, nomeadamente antecedentes familiares de neoplasia, antecedentes patológicos, dados relativos à sua história reprodutiva e medicação hormonal de substituição.

	N
<b>Antecedentes familiares de neoplasia</b>	
Não	5
Sim	4
<b>Parentesco</b>	
Familiar direto	2
Familiar não direto	2
<b>Antecedentes patológicos</b>	
Sim	6
Não	3
<b>Menarca</b>	
9	1
11	1
12	1
13	5
14	1
<b>Menopausa</b>	
Sim	5
Não	4
<b>Idade da menopausa</b>	
<50	2
>50	3
<b>Hormonoterapia de substituição</b>	
Não	3
Sim	2

**Tabela 3** – Antecedentes pessoais das participantes (N=9)

Assim, verifica-se que:

- quatro das participantes identificaram a existência de antecedentes familiares de neoplasia; cinco desconhecem tal fato;
- de entre as participantes com antecedentes pessoais da doença, em dois dos casos tratam-se de familiares diretos (irmãs), e dois de familiares não diretos (tias e primas);
- no que respeita a outros antecedentes patológicos, seis das participantes referiram sofrer de outras patologias, nomeadamente hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II; três não referiram outra para além da oncológica;
- o grupo de participantes apresenta uma idade de menarca média de 12,3 anos;
- cinco das participantes encontram-se na menopausa; duas iniciaram-na antes e três após os 50 anos; duas realizaram hormonoterapia de substituição.

#### 4.3.3. Tratamentos Realizados pelas Participantes

Consideramos ainda importante questionar as participantes relativamente a dados concernentes aos tratamentos a que foi submetida. Assim, procuramos conhecer qual o período de tempo decorrido entre o diagnóstico e a cirurgia, qual o tipo de procedimento cirúrgico realizado, a sua lateralidade e a eventual realização de outros tratamentos prévios ao ato cirúrgico.

	N
<b>Período de tempo entre o diagnóstico e a cirurgia</b>	
1 mês	3
2 meses	4
4 meses	2
<b>Procedimento Cirúrgico</b>	
Mastectomia radical modificada tipo Madden	9
<b>Esvaziamento Axilar</b>	
Não	6
Sim	3
<b>Lateralidade</b>	
Direita	5
Esquerda	4
<b>Tratamentos prévios à cirurgia</b>	
Não	9

**Tabela 4** – Dados relativos aos tratamentos a que as participantes foi submetidas (N=9)

Assim, no que respeita aos dados relativos aos tratamentos realizados pelas participantes, verifica-se que:

- a moda do intervalo de tempo entre o diagnóstico e a cirurgia é de 2 meses;
- todas as participantes foram submetidas a mastectomia radical modificada tipo Madden;
- apenas três participantes foram submetidas a esvaziamento axilar;
- cinco das participantes foram submetidas a mastectomia à direita; quatro à esquerda;
- nenhuma das participantes foi submetida a qualquer tipo de tratamento prévio à cirurgia.

#### **4.4. Procedimentos para a Recolha de Dados**

A estratégia de recolha de dados adotada neste estudo foi delineada tendo em conta os objetivos e as questões de investigação já enunciados. Assim, numa fase inicial, optamos por proceder à implementação de um programa de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação junto das mulheres submetidas a mastectomia total na instituição. Posteriormente, no sentido de compreender a importância do programa de intervenção para estas mulheres, procedemos à recolha de dados por meio de uma entrevista semi-estruturada.

As atividades desenvolvidas e os conteúdos abordados no programa foram estruturados com base na literatura consultada, de forma a dar resposta às necessidades das participantes no decurso do período pós-operatório.

O programa de intervenção desenvolveu-se da seguinte forma: procedeu-se a um total de cinco contatos com cada participante, sendo que o primeiro contato se concretizou até às primeiras 48 horas de pós-operatório, ainda em contexto hospitalar. Neste mesmo contato, e após apresentação da investigadora, foram expostos os objetivos e metodologia do estudo e solicitada à utente a participação no programa de intervenção com a duração total de três meses. Seguiram-se quatro contatos, no domicílio da participante, em data e horário a combinar à posteriori telefonicamente, de acordo com a sua disponibilidade.

No primeiro contato com a participante foram avaliados conhecimentos e fornecida informação sobre as etapas do processo de reabilitação, efetuados ensinamentos relativamente ao posicionamento do membro, cuidados no transporte dos sistemas de drenagem, exercícios respiratórios, mobilização articular e isométrica, auto-massagem e cuidados a ter com o membro homolateral à cirurgia. Para além disso, foi também avaliado o significado da perda da mama, prestado apoio emocional, desmistificadas crenças e fornecida orientação relativamente às atividades de vida diária e recursos disponíveis na comunidade. Ainda neste mesmo contato, foi fornecida informação escrita relativamente aos temas abordados (Anexo II).

O segundo contato com a participante ocorreu cerca do 15º dia de pós-operatório. Neste contato procedeu-se à avaliação da amplitude articular gleno-

umeral e perímetros dos membros superiores. Para além disso, avaliou-se também, a presença de alterações na vivência da sexualidade, a necessidade de aconselhamento relativamente ao início da atividade profissional/ocupacional e de reforço dos ensinamentos já efetuados anteriormente. Ainda neste contato, foi prestado apoio emocional, executada e instruída a técnica da massagem da cicatriz, assim como exercícios promotores do fortalecimento e da mobilidade da coluna cervical, ombro e membro superior. No que respeita a estes últimos, foi fornecida informação escrita, com o objetivo de orientar o treino diário das participantes (Anexo III).

O terceiro e quarto contatos, por sua vez, tiveram lugar cerca de 30 e 60 dias após a cirurgia, respetivamente. Nestes contatos foram repetidas avaliações relativas a amplitudes articulares, perímetros braquiais e necessidade de reforço de ensinamentos. Foi também executada a massagem da cicatriz e esclarecidas dúvidas da participante.

No último contato, cerca de 90 dias após a cirurgia, foram repetidas as intervenções supra mencionadas e, para avaliar os resultados, foi aplicada uma entrevista semi-estruturada, uma vez que esta técnica de recolha de dados pressupõe uma formulação flexível das questões, cuja sequência fica por conta dos discursos dos sujeitos, numa verbalização que expressa os conhecimentos, experiências e sentimentos das participantes, face aos temas focalizados.

Refira-se que a opção pela realização dos contatos aos 15, 30, 60 e 90 dias de pós-operatório baseou-se no fato de acreditarmos que deste modo, seria possível respeitar as orientações da literatura relativamente à progressão da reabilitação física, não descurando nunca o acompanhamento efetivo do processo de transição destas mulheres.

A entrevista é composta por duas partes distintas. A primeira destina-se à caracterização socio-demográfica, antecedentes pessoais e situação clínica da participante; a segunda, sob a forma de perguntas abertas, e tendo em conta as grandes linhas dos temas a explorar, visa a obtenção de dados relativamente à situação de transição vivenciada pela participante, nomeadamente a reação face ao diagnóstico, alterações a nível psicológico e processo de transição; limitações físicas provocadas pela intervenção cirúrgica ao nível dos autocuidados, função motora e atividade profissional; percepção das vantagens do programa de intervenção e daquele que é o papel do enfermeiro de reabilitação no desenrolar deste processo. As entrevistas foram realizadas a cada uma das participantes num único momento, sendo que as perguntas apresentadas remetiam-se ao período de



pós-operatório imediato e ao momento atual. No planeamento da entrevista, procedeu-se à elaboração de um guião orientador que consta em anexo IV.

Este instrumento de recolha de dados apresenta como vantagens face aos restantes, fornecer ao participante a ocasião para exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema, promover o contacto direto com a experiência individual das pessoas, possibilitar uma maior obtenção de informações sobre temas complexos e carregados de emoção, apresentar uma taxa de resposta alta e permitir a obtenção de respostas detalhadas (Fortin, 2009).

Cada entrevista teve uma duração média de 30 minutos. Após a devida autorização das participantes, o registo da informação foi realizado com suporte de áudio, tendo-se posteriormente, procedido à sua transcrição (Anexo V). Esta técnica de registo revelou-se facilitadora da entrevista, no sentido em que foi possível dedicar mais atenção à entrevistada, sem qualquer preocupação com o registo escrito. Contudo, foram feitas algumas anotações ao longo das entrevistas, nomeadamente expressões faciais, posturas e silêncios, de forma a facilitar a interpretação dos discursos das participantes.

Cada participante foi identificada com um número de ordem, tendo as entrevistas sido codificadas de E1 a E9.

## **4.5. Considerações Éticas**

O desenvolvimento de uma investigação qualitativa onde estão implicadas pessoas coloca questões e desafios éticos cada vez mais complexos. Segundo Beauchamp e Childress (1994) cit. por Streubert e Carpenter (2002), existem princípios básicos que devem ser tidos em conta quando um investigador desenvolve um processo de investigação, nomeadamente:

- 1) princípio da não maleficência, segundo o qual os participantes não devem ser prejudicados;
- 2) princípio da autonomia, que preconiza a obrigatoriedade de obtenção do consentimento informado e participação voluntária da pessoa;

- 3) princípios da beneficência e justiça, que asseguram ao participante o direito à confidencialidade, assim como um tratamento digno e com respeito.

Segundo Fortin (2009, p. 404), *“o investigador deve, em primeiro lugar, pedir autorização para conduzir o seu estudo no estabelecimento que escolheu”*. Assim, foi solicitada ao conselho de administração do centro hospitalar, por meio de pedido formal, autorização para a implementação de um programa de intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação junto das mulheres submetidas a mastectomia total na instituição e posterior recolha de dados por meio de uma entrevista semi-estruturada. O presente estudo foi ainda analisado pela comissão de ética da instituição, que nada teve a opor, pelo que foi emitido deferimento (Anexo VI).

Posteriormente, emergiu a necessidade de obter a autorização das participantes. Assim, após apresentação da investigadora, foram expostos os objetivos e metodologia do estudo e solicitada à utente a participação no mesmo. De forma a formalizar o consentimento da participante para este estudo, foi-lhe entregue o consentimento informado (Anexo VII), que foi por si assinado.

Na aplicação das entrevistas foram tidos em atenção princípios gerais orientadores de qualquer investigação, enunciados por Bogdan e Biklen (1994). Segundo os autores, *“ (...) as identidades dos sujeitos devem ser protegidas (...)”* (p. 77), pelo que se procedeu à manutenção da confidencialidade da informação e do respeito pela sua privacidade; *“ (...) os sujeitos devem ser tratados respeitosamente (...)”*; ao *“ (...) negociar a autorização para efetuar um estudo o investigador deve ser claro e específico com todos os intervenientes relativamente ao termo do acordo e deve respeitá-lo até à conclusão do estudo (...)”* (p. 77), sendo que a decisão do sujeito em participar ou não no estudo foi respeitada, tendo também sido informado da possibilidade de abandonar o mesmo em qualquer momento do processo.

## 4.6. Metodologia de Análise e Tratamento dos Dados

De forma a proceder ao tratamento dos dados recolhidos junto de cada participante, optamos por utilizar a técnica de análise de conteúdo defendida por Bardin. Segundo a autora (2009, p. 40), a análise de conteúdo consiste num “(...) conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

A técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009) compreende três fases distintas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase em que se procede à organização do material. Esta fundamenta-se em atividades não estruturadas, nomeadamente a leitura “flutuante” e a preparação do material (Bardin, 2009). No nosso estudo, procedeu-se à leitura flutuante dos dados recolhidos por meio das entrevistas, procurando obter uma perceção geral dos discursos das participantes. Estes formaram aquilo que Bardin (2009) denomina de *corpus*, isto é, “(...) o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (p. 122).

A fase de exploração do material “ (...) consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (Bardin, 2009, p. 127). A codificação consiste num processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, que permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (Holsti, 1969, cit. por Bardin, 2009). Este procedimento compreende três escolhas: o recorte, em que se procede à escolha das unidades de registo e de contexto; a enumeração, que consiste na escolha das regras de contagem; e a classificação e a agregação, em que se parte para a escolha das categorias (Bardin, 2009).

A unidade de registo consiste num segmento do conteúdo a considerar como unidade de base para a categorização e contagem frequencial, podendo assumir natureza e dimensões muito variáveis. A unidade de contexto, por sua vez, não é mais do que um segmento da mensagem, com dimensão superior à da unidade de registo, que permite compreender a significação exata desta última (Bardin, 2009).

As categorias podem apresentar-se sob a forma de rubricas ou classes. Estas reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, que foram agrupados de acordo com as características comuns entre eles. O objetivo do processo de categorização é assim, fornecer uma representação simplificada dos dados em bruto. O critério intrínseco ao processo de categorização pode assumir diversas vertentes, nomeadamente a semântica, sintática, léxica e expressiva (Bardin, 2009).

A construção das categorias podem ser feita *à priori* ou *à posteriori*, ou através da combinação de ambos. Neste processo devem ser tidas em conta algumas regras fundamentais: “a exclusão mútua: (...) cada elemento não pode existir em mais de uma divisão”; “a homogeneidade: (...), um único princípio de classificação deve governar a sua organização”; “a pertinência: uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido, e quando pertence ao quadro teórico definido”; “a objetividade e a fidelidade: (...) as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises”; e “a produtividade: (...) um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis (...)” (Bardin, 2009, p. 147-148).

O critério intrínseco ao processo de categorização do nosso estudo é o semântico. A construção das categorias foi realizada *à posteriori*. Numa fase inicial, procedeu-se à classificação dos dados em categorias específicas que posteriormente, foram organizadas em categorias mais gerais. No seguimento deste processo foram classificados dados referentes aos seguintes domínios: reação face ao diagnóstico, reação face à amputação da mama, medos aquando do diagnóstico de cancro da mama, momento da consciencialização da transição, limitações nas atividades de vida diárias, limitações nas tarefas domésticas, alterações de papéis na vida familiar, reação do companheiro face à amputação da mama, alterações na relação com o companheiro, alterações na vida social, motivações das alterações na vida social, reinício da atividade profissional/ocupacional, dificuldades durante o processo de transição, desânimo durante o processo de transição, recursos mobilizados no processo de transição, motivação para o processo de transição, experiências anteriores de cancro na família, influência das experiências anteriores na vivência da doença, fontes de informação durante o processo de transição, acontecimentos significativos durante o processo de transição, indicadores de processo do processo de transição, indicadores de resultado do processo de transição, valorização do programa de

enfermagem de reabilitação, conteúdo programático do programa de enfermagem de reabilitação mais valorizado e sugestões de melhoria do programa de enfermagem de reabilitação.

Consideramos que as categorias identificadas sustentam a análise efetuada e possibilitam o reconhecimento de um fio condutor em todo o material recolhido.

Na fase de tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação pretende-se tratar os resultados, de forma a torna-los significativos e válidos (Bardin, 2009).

Face ao exposto consideramos que *“a análise qualitativa é uma atividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo. (...) A finalidade da análise dos dados (...) é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa”* (Polit et al, 2004, p. 358).



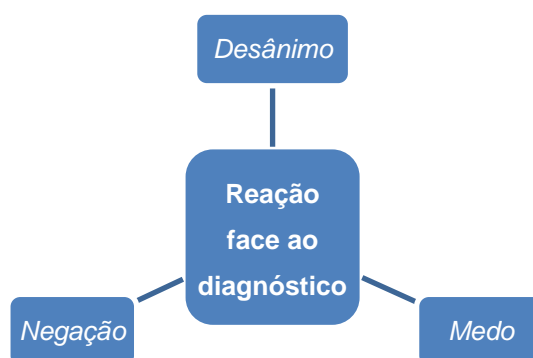
## 5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Seguidamente, procedemos à apresentação e análise dos resultados obtidos. Para tal, optamos por identificar os domínios e as categorias emergentes dos discursos das participantes. Relembre-se que a recolha dos dados foi efetuada num único momento, após a implementação do programa de enfermagem de reabilitação. Com as questões formuladas pretendia-se conhecer todo o processo de transição, desde o conhecimento do diagnóstico até ao momento da entrevista.

### 5.1. Reação Face ao Diagnóstico

O diagnóstico de cancro da mama e a realização de uma mastectomia assumem-se como acontecimentos responsáveis pelo despoletar de um processo de transição saúde/doença.

A tomada de conhecimento do diagnóstico da doença consiste no primeiro contato da pessoa com a transição. Assim, procuramos conhecer a reação da pessoa face à notícia da alteração do seu estado de saúde.



**Figura 3** - Reação face ao diagnóstico de cancro da mama

Da análise dos discursos emergiram três categorias. O desânimo foi a reação mais verbalizada pelas participantes, conforme evidenciado pelas unidades de análise: “(...) Sei lá... Muito em baixo, chorava...” (E3); “Que tudo se acabava... Como se não houvesse outro dia (...) Por exemplo, amanhã não existia.” (E6); “(...) A gente fica arrasada mesmo” (E9). O medo, associado ao desconhecimento daquilo que esperar da situação de doença, foi outra das reações identificadas: “(...) quando eu comecei realmente a ... a perceber da situação, então aí entrei um bocadinho em pânico(...)” (E1). Por fim, uma das participantes verbalizou ainda uma reação de negação face à doença: “(...) eu pensava assim: “Isso não vai ser nada. Eu não vou ter nada (...)” (E5).

O diagnóstico de cancro da mama despoletou nas participantes sentimentos negativos. Tal reação poderá justificar-se pela imprevisibilidade do diagnóstico aliada ao fato da doença neoplásica ser uma afeção socialmente associada a uma grande carga negativa. Ainda a este respeito, Ferreira e Mamede (2003) consideram que o diagnóstico de cancro da mama despoleta na mulher dúvidas e questionamentos devido ao estigma de doença terminal, sofrimento e morte.

## **5.2. Reação Face à Amputação da Mama**

Pela simbologia e significado que a mama traduz para a própria mulher, a mastectomia, procedimento cirúrgico tantas vezes utilizado no tratamento do cancro da mama, acarreta sérias implicações físicas e psicológicas. Neste seguimento, pretendemos conhecer qual a reação da participante à amputação da mama.





**Figura 4** – Reação face à amputação da mama

Da análise dos discursos, emergiram duas categorias que traduzem a reação das participantes face à perda da mama: negativa e positiva. De fato, as participantes manifestaram sentimentos maioritariamente negativos. Dentro desta categoria emergiram três subcategorias. A tristeza foi referenciada por grande parte do grupo: *“Muita tristeza... Muita tristeza (...)”* (E2); *“Fiquei muito triste (...)”* (E7); *“(...) Senti tristeza, claro (...)”* (E9). O evitamento da visualização e do toque do corpo foi também identificado: *“(...) Às vezes, à noite, ao despir-me, no meu quarto, tenho um espelho na cómoda, e custa olhar (...)”* (E5); *“(...) Sinceramente, não gostava muito que me tocasse”* (E6). A sensação de mutilação foi referenciada por duas das participantes: *“(...) Agora ficar por meio é horrível, é horrível, horrível mesmo”* (E6); *“(...) Uma pessoa fica sem metade de nós (...)”* (E7). A verbalização de tais sentimentos por parte das participantes poderá estar relacionada com as alterações ao nível da auto-imagem, evidenciadas por Kraus (1999) no seu estudo sobre a satisfação das mulheres relativamente à auto-imagem depois do tratamento cirúrgico de cancro da mama.

Não obstante, a partir da categoria positiva emergiu a subcategoria desvalorização, manifestada por duas das participantes: *“(...) Eu estou aqui, estou junto dos meus filhos e do meu homem... Isso é o mais importante (...)”* (E8); *“Não me preocupou porque eu nunca fui vaidosa com essas coisas. O que eu quero é saúdinha (...)”* (E4). Assim, estas participantes manifestaram a valorização da saúde em detrimento do impacto das alterações ao nível da imagem corporal.

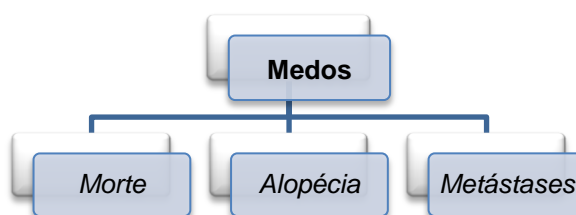
Quando questionadas relativamente à dificuldade atual em lidar com a perda da mama, as participantes referiram ser menos difícil do que no pós-operatório

imediatos, conforme evidenciado pelas unidades de análise: *“Ora bem, a gente vai-se habituando a ver, não é (...)”* (E1); *“Agora não custa tanto, embora custe (...)”* (E5); *“Vai custando menos, sem dúvida (...)”* (E6). No entanto, duas participantes manifestaram a mesma dificuldade inicial em lidar com a situação: *“É igual... É igual... (...) Fico um bocadinho, bocadinho é pouco... Fico um bocado triste”* (E8); *“É igual... É igual... Daí é a minha ansiedade para fazer a reconstrução”* (E9). A opção pela reconstrução mamária relaciona-se em grande parte com esta situação. De fato, as participantes que verbalizaram a intenção de proceder à reconstrução mamária, foram aquelas para quem a dificuldade em lidar com a perda da mama se mantém igual ao longo do período pós-operatório.

Segundo Meleis (2010), o significado que a transição tem para a pessoa e as crenças culturais a ela associadas assumem-se como condições pessoais influenciadoras do modo como este processo decorre. A reação da participante face à doença e à amputação da mama traduz assim, o significado que elas têm para si. Se por um lado, o cancro da mama é uma doença socialmente associada a uma carga negativa significativa, a amputação da mama, por outro, acarreta sérias implicações ao nível da auto-imagem e da auto-estima da pessoa. Os resultados obtidos neste estudo sugerem uma significação negativa, o que associado às crenças culturais vigentes na nossa sociedade, são passíveis de influenciar de forma negativa também, o decorrer do processo de transição saúde/doença das participantes.

### **5.3. Medos Aquando do Diagnóstico de Cancro da Mama**

O diagnóstico de cancro da mama, a proposta de realização de uma mastectomia e os efeitos adversos amplamente conhecidos das terapias adjuvantes assumem-se como fatores responsáveis pelo despoletar de receio na mulher. Assim, interessamo-nos por perceber quais os medos sentidos pela mulher aquando do diagnóstico da doença.



**Figura 5** – Medos aquando do diagnóstico de cancro da mama

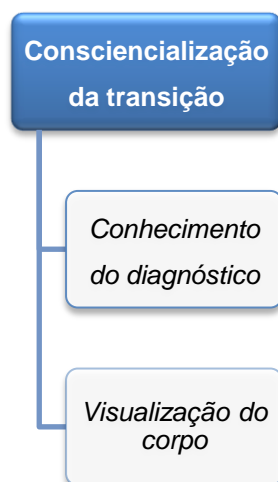
Da análise das respostas das participantes relativamente a este tema, partiu-se para a identificação de três categorias. Assim, verificou-se que a morte era um denominador comum, conforme evidenciado pelas seguintes unidades de análise: *“É morrer... (...)”* (E2); *“Tinha medo de morrer”* (E5); *“Enquanto não soube o grau, tinha medo... sei lá... até de morrer (...)”* (E9). Uma das participantes referiu que o seu maior medo estava associado aos efeitos secundários da quimioterapia, nomeadamente a alopecia: *“Ficar careca e depois enfrentar as pessoas. (...)”* (E1). De fato, a alopecia assume-se como uma das maiores preocupações da mulher, constituindo-se como mais uma agressão à sua imagem corporal, deveras difícil de camuflar mesmo recorrendo aos artefactos atualmente disponíveis no mercado. Uma outra participante referiu ainda o receio do surgimento de metástases à distância após o término do tratamento da doença: *“É que me apareça noutra sítio. Que agora acabe este e me apareça noutra (...)”* (E6). Não obstante, uma participante não identificou qualquer receio em particular.

Os diferentes medos identificados pelas participantes não são mais do que o resultado de experiências anteriores e conhecimentos adquiridos ao longo dos anos. Assim, estes terão uma influência direta na vivência do processo de transição da pessoa, pelo que deverão ser tidos em conta no planeamento dos cuidados do enfermeiro de reabilitação.

#### **5.4. Momento da Consciencialização da Transição**

O início do processo de transição encontra-se intimamente relacionado com a consciencialização da transição pela própria pessoa, na medida em que esta se assume como uma condição essencial para o despoletar deste processo. Assim,

questionamos as participantes deste estudo com o objetivo de identificar o momento que marca o início do processo de transição.



**Figura 6** – Momento da consciencialização da transição

O grupo de participantes identificou dois momentos distintos como responsáveis pela tomada de consciência da transição saúde/doença, pelo que foram identificadas duas categorias: conhecimento do diagnóstico e visualização do corpo. As participantes identificaram o momento da tomada de conhecimento do diagnóstico como aquele em que procedeu à consciencialização da situação: *“Foi logo (...)”* (E2); *“Eu tinha a consciência de que com isto não podia ficar... Desde início... (...)”* (E6). Uma participante referiu ter procedido a esta consciencialização no momento em que foi realizado o primeiro penso cirúrgico e visualizou o seu corpo sem a mama: *“(...) Foi quando se tirou o penso, não é? (...)”* (E1).

Assim, e de acordo com Meleis (2010), esta última participante vivenciou uma fase de pré-transição, que se caracteriza por um período de alienação e negação. Esta fase terá terminado no momento da visualização do corpo, dando lugar ao início do processo de transição.

## 5.5. Limitações nas Atividades de Vida Diárias

O diagnóstico de cancro da mama e a realização da mastectomia conduzem frequentemente, a alterações na vida da pessoa a nível pessoal, familiar, social e profissional.

A nível pessoal, a realização da mastectomia poderá acarretar implicações físicas potencialmente impeditivas da realização de algumas atividades de vida diária. Entre essas implicações contam-se: alterações da sensibilidade, dor na sutura e região cervical, limitação do movimento articular do ombro, risco de seroma e de desenvolvimento de linfedema do braço (Araújo e Mamede cit. por Prado, 2004; Gobbi e Cavalheiro, 2009). Assim, pretendemos conhecer quais as dificuldades sentidas pelas participantes nas atividades de vida diária após a cirurgia, assim como após a frequência do programa de enfermagem de reabilitação.

Limitações nas atividades de vida diárias	
Após a cirurgia	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Pentear</i></li><li>• <i>Higiene</i></li><li>• <i>Vestir/Despir</i></li></ul>
Após o programa de enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Higiene</i></li></ul>

**Tabela 5** – Limitações nas atividades de vida diária após a cirurgia e após o programa de enfermagem de reabilitação

Da análise dos discursos das participantes quando questionadas relativamente às limitações sentidas após a cirurgia emergiram três categorias. Assim, as dificuldades identificadas foram o pentear: “*Pentear o cabelo (...)*” (E1); “*Era pentear-me porque doía-me muito (...)*” (E3); a higiene: “*(...) chegar às costas (...)*” (E1); “*(...) Era preciso ajudar-me a (...)* lavar (...)” (E2); e o vestir/despir: “*Ao primeiro tinha dificuldade em vestir-me (...)*” (E2); “*(...) Era vestir-me, tirar a roupa era muito difícil. Tinha certas roupas que para tirar tinha de pedir ajuda ao marido e aos filhos*” (E3).

Não obstante, a maioria das participantes referiu não ter sentido qualquer limitação na realização das suas atividades de vida diária após a cirurgia: “(...) *No fim da cirurgia fiz tudo (...)*” (E6); “*Sempre fiz tudo*” (E7); “*Eu fazia tudo*” (E9).

Após o programa de enfermagem de reabilitação, apenas uma participante verbalizou sentir ainda dificuldade ao nível da higiene: “*Tomar banho é uma coisa que me custa*” (E5). No entanto, esta dificuldade prendia-se com a astenia sentida pela participante no desenvolvimento de atividades e não, propriamente com qualquer limitação ao nível da mobilidade do ombro homolateral à cirurgia. As restantes participantes readquiriram a capacidade prévia de proceder às atividades de vida diária de forma autónoma.

## 5.6. Limitações nas Tarefas Domésticas

Ainda a nível pessoal, as limitações físicas provocadas pela cirurgia são passíveis de influenciar o desempenho da mulher mastectomizada nas tarefas domésticas. Assim, procuramos conhecer quais as dificuldades sentidas pelas participantes a este nível após a cirurgia e após a frequência do programa de enfermagem de reabilitação.

Limitações nas tarefas domésticas	Após a cirurgia	Após o programa de enfermagem de reabilitação
<i>Atividades que impliquem carga</i>	√	√
<i>Limpar o chão</i>	√	√
<i>Aspirar</i>	√	√
<i>Engomar a roupa</i>	√	√
<i>Estender a roupa</i>	√	√
<i>Fazer as camas</i>	√	√
<i>Limpar os vidros</i>	√	

**Tabela 6** - Limitações nas tarefas domésticas após a cirurgia e após o programa de enfermagem de reabilitação

Todas as participantes manifestaram dificuldades e este nível após a cirurgia. Assim, foram identificadas sete categorias. O evitamento de atividades que implicassem carga foi referenciado: “(...) *E assim coisas mais pesadas...*” (E3); “*Eu fazia tudo aquilo que não exigia força (...)*” (E7); “(...) *Fazia as coisas mais leves (...)*” (E8). Tal situação verificou-se não só pela incapacidade sentida pela participante, mas também por motivo de prevenção de desenvolvimento de linfedema, conforme preconizado por Otto (2000). Outras das atividades referenciadas pelas participantes foram limpar o chão, aspirar, engomar a roupa, estender a roupa, limpar os vidros e fazer as camas: “*Uma coisa que me custava muito era esfregar o chão (...)*” (E1); “(...) *não aspirava (...)*” (E9); “(...) *o passar a ferro (...)*” (E6); “(...) *o estender a roupa (...)*” (E5); “(...) *também não limpava os vidros (...)*” (E6); “(...) *não fazia as camas (...)*” (E8).

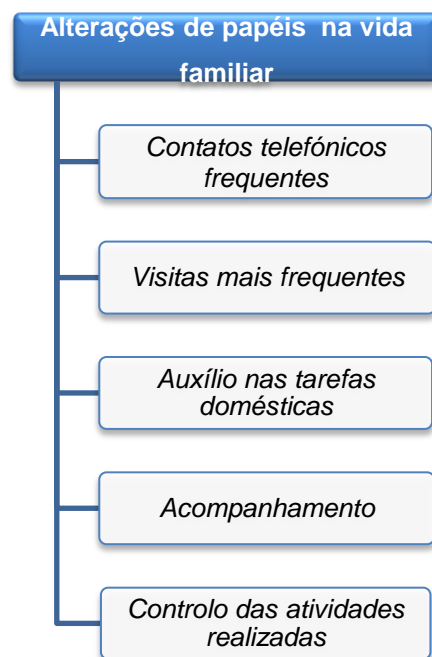
Ainda no que respeita às dificuldades identificadas no desempenho das tarefas domésticas, refira-se que duas participantes referiram que não colaboravam em qualquer atividade após a cirurgia: “*Não conseguia fazer nada (...)*” (E2); “*Eu estive muito tempo sem fazer nada (...)*” (E4).

Quando questionadas relativamente às dificuldades atuais sentidas a este nível, as participantes continuaram a referir o evitamento de atividades que impliquem carga, conforme evidenciado pelas seguintes unidades de análise: “(...) *Agora eu faço quase tudo, tirando os pesos (...)*” (E6); “*Agora faço tudo com calma, mas continuo sem fazer muita força no braço*” (E7); “*Eu faço tudo, mas evito os esforços neste braço (...)*” (E9). As restantes dificuldades iniciais apontadas mantêm-se apesar da frequência do programa de reabilitação: “*Sinto muita dificuldade. Ao varrer a casa (...)*” (E2); “(...) *Ao colocar a roupa ao sol também me custa (...)*” (E2); “(...) *Ainda não aspiro (...)*” (E3); “(...) *O ferro ainda é das coisas que evito porque fico cansada (...)*” (E6); “*As camas ainda não faço (...)*” (E8). Desta feita, o motivo subjacente às dificuldades apontadas prende-se agora com os cuidados preventivos do desenvolvimento de linfedema e não com qualquer incapacidade sentida pela participante. Apenas uma participante verbalizou não apresentar dificuldades na execução das tarefas domésticas: “*Ora bem, eu acho que faço um pouco de tudo (...)*” (E1).

Ao analisar as dificuldades enunciadas pelas participantes deste estudo, verifica-se a inexistência de relação entre estas e a realização de esvaziamento axilar ou até mesmo a lateralidade da cirurgia.

## 5.7. Alterações de Papéis na Vida Familiar

A nível familiar, podem ocorrer mudanças na rotina da família decorrentes da situação de doença que a mulher vivencia. Assim, questionamos as participantes deste estudo relativamente à eventual ocorrência de alterações de papéis na vida da família.



**Figura 7** – Alterações de papéis na vida familiar

Todas as participantes do estudo manifestaram alterações de papéis na vida familiar após o diagnóstico de cancro da mama. Trata-se portanto, de uma doença que acomete não só a mulher mas também, toda a família. Da análise dos discursos das participantes emergiram cinco categorias. Os contatos telefónicos e as visitas mais frequentes foram referenciados: “(...) *Mas eles estão sempre a ligar. Ligam quase todos os dias*” (E1); “(...) *O meu filho vem mais vezes, que é mais pertinho (...)*” (E2); “(...) *Telefonava-me todos os dias*” (E5). O auxílio nas tarefas domésticas foi também referido, sendo que estas tarefas, maioritariamente atribuídas à mulher, passaram a ser divididas pela família: “(...) *Ela ajuda-me muito... Eu vou buscar a roupa à máquina e ela diz: “Oh mãe, deixa que eu levo a bacia (...)*” (E3); “(...) *depois da cirurgia era o meu genro quem fazia o comer (...)*” (E7). O acompanhamento da mulher mastectomizada em qualquer atividade ou saída do domicílio foi também referenciado: “(...) *E ela vai comigo para tudo (...)*”

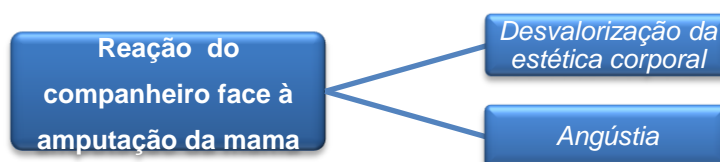


(E6). Por fim, foi identificado o controlo das atividades realizadas por parte dos familiares: “(...) *Quando vamos às compras, se eu levo o saco neste braço, ele ralha-me logo (...)*” (E9).

O apoio familiar assume-se como uma condição externa à pessoa influenciadora do processo de transição. As alterações sentidas ao nível das relações familiares traduzem de certa forma, a qualidade do apoio prestado à mulher mastectomizada. No grupo de participantes, verificou-se assim, um apoio familiar efetivo, manifestado nas alterações à rotina de cada estrutura familiar.

## 5.8. Reação do Companheiro Face à Amputação da Mama

De entre as alterações percecionadas no contexto familiar, importa ainda compreender as implicações da doença na relação afetiva com o companheiro. De fato, as implicações psicológicas decorrentes da amputação cirúrgica da mama manifestam-se na vida da mulher e a relação com o companheiro não é exceção, podendo denotar-se alguma apreensão a este nível.



**Figura 8** – Reação do companheiro face à amputação da mama

No que respeita à reação do companheiro face à perda da mama, identificaram-se duas categorias. Por um lado, verificou-se a desvalorização da estética corporal, manifestada pelas seguintes unidades de análise: “*Ele diz: - Deixa lá. Isto não é nada (...)*” (E1); “*(...) Relativamente à perda da mama, ele lidou bem com a situação. Eu até estou com ideias de não fazer reconstrução, ficar por aqui, e ele também concorda. Diz que a ele não lhe faz diferença*” (E8). Outra das reações relatadas pelas participantes foi a angústia: “*No início reagiu muito mal. Ate emagreceu... Foi o choque... Foi muito abaixo. Não falava nem nada... (...)*” (E3); “*(...) Eu achava-o mais triste, mais em baixo (...)*”(E8). Estas últimas, verbalizaram

ainda que após a fase inicial marcada por um sentimento de angústia e profunda tristeza, o companheiro terá procedido à desvalorização da componente estética, assumindo-se como um grande apoio no lidar com a situação de transição: *“Ele diz que no início que lhe custou muito porque via-me sofrer... Mas desde logo ele foi a minha grande ajuda para lidar com tudo isto”* (E7).

## **5.9. Alterações na Relação com o Companheiro**

A reação da mulher e do seu companheiro face à excisão da mama refletem-se forçosamente na relação de ambos. Tendo em conta que todas as participantes do estudo referiram ter percecionado uma desvalorização do corpo mutilado por parte do companheiro, interessamo-nos por perceber se a amputação da mama se refletiu na relação de ambos.

Assim, a maioria das participantes afirmou não ter percecionado qualquer alteração na relação com o companheiro: *“Nada. Não mudou nada (...)”* (E2); *“Não. Nós sempre nos demos muito bem”* (E7); *“Não, está igual”* (E8). No entanto, uma participante referiu manifestar repulsa ao toque do companheiro: *“(...) Sinceramente, não gostava muito que me tocasse”* (E6). Tal reação estará provavelmente relacionada com as alterações psicológicas provocadas pela perda da mama na própria participante, e não propriamente com a reação do companheiro face a esta situação. Tal situação vem de encontro aos resultados obtidos por Barros (2008) no seu estudo, segundo o qual a alteração da integridade corporal provocada pela amputação da mama influi numa sexualidade menos satisfatória.

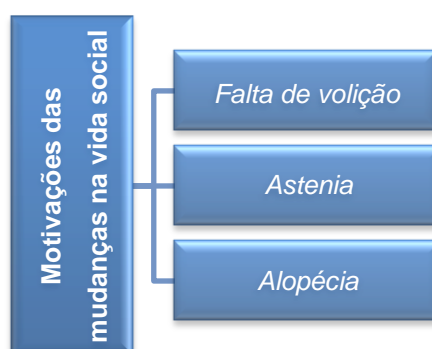
## 5.10. Alterações na Vida Social

No que respeita à vivência social da mulher mastectomizada, as alterações psicológicas provocadas pela mastectomia ao nível da auto-imagem e da auto-estima podem repercutir-se também a este nível, podendo a pessoa apresentar uma maior tendência para o evitamento social.

Quando questionadas a este respeito, cerca de metade das participantes afirmaram não sentir qualquer tipo de alteração na sua vivência social: “(...) *E se até não fosse pelas consultas até já tinha ido a França*” (E7); “*Igual. Se me der para estar em casa, estou em casa. Se me der para sair, vou*” (E9). No entanto, a outra metade do grupo afirmou permanecer mais em casa, evitando desta forma, o contato social, conforme evidenciado nas seguintes unidades de análise: “(...) *Agora talvez saia menos ainda*” (E1); “*Agora não gosto muito de sair de casa*” (E3); “(...) *fiquei muito fechada, muito em casa (...)*” (E6).

## 5.11. Motivações das Alterações na Vida Social

Neste seguimento ainda, procuramos perceber quais as motivações das participantes para uma maior permanência no domicílio.



**Figura 9** – Motivações das alterações na vida social

Quando questionadas a este respeito, as participantes deste estudo identificaram três ordens de razão que foram categorizadas. A falta de volição foi referenciada pelas participantes: *“Porque não tenho assim muita... em princípio ando em baixo, não é? (...)”* (E1). Para além disso, foram também apontadas a astenia relacionada com a quimioterapia: *“Não tenho forças. Ontem fui até ali a baixo e fiquei cansada. (...)”* (E2); *“(...) Porque canso-me muito... (...)”* (E5); e a alopecia: *“(...) Se não me caísse o cabelo, era capaz de andar simplesmente... (...)”* (E3).

## 5.12. Reinício da Atividade Profissional/Ocupacional

A nível profissional/ocupacional o tratamento decorrente do diagnóstico de cancro de mama, nomeadamente o cirúrgico, acarreta muitas vezes, a cessação da atividade. Tal situação traz consequências significativas a nível psicológico para a mulher, sendo que o retomar da atividade se assume como uma meta a atingir ao longo do processo de reabilitação.

Neste sentido, interessamo-nos por perceber se as participantes do estudo haviam já regressado às suas atividades profissionais e ocupacionais.



**Figura 10** – Reinício da atividade profissional/ocupacional

Todas as participantes deste estudo com atividade profissional prévia à doença, referiram não ter ainda retomado a mesma, pelo que se identificou a categoria reinício adiado: *“Não”* (E6). Já no que respeita a atividades ocupacionais, todas referiram ter já procedido ao seu reinício: *“Já fiz uma blusinha (...)”* (E1); *“Vou tirando uma ervitas, cortando umas rosas que às vezes estão velhas (...)”* (E8).

A diferença verificada dever-se-á provavelmente, ao fato das participantes em situação ativa se encontrarem ainda a realizar tratamentos co-adjuvantes da cirurgia, pelo que o reinício da atividade se encontra adiado. As atividades ocupacionais, por seu lado, por não apresentarem qualquer tipo de obrigatoriedade contratual, poderão funcionar como atividades lúdicas, facilitadoras da vivência do processo de doença.

### **5.13. Dificuldades Durante o Processo de Transição**

O processo de transição desenvolve-se durante um determinado período de tempo, variável de pessoa para pessoa. As diferenças individuais influem também nas dificuldades percebidas pelo próprio e nos mecanismos mobilizados para as ultrapassar. Neste contexto, a compreensão destes fenómenos parece-nos essencial ao conhecimento da transição.

O processo de transição consiste num fenómeno individual, que é vivenciado de diferentes formas por diferentes pessoas, mesmo quando as circunstâncias da sua ocorrência são similares (Meleis, 2010). As dificuldades sentidas pela pessoa ao longo deste processo e a valorização que lhes é atribuída dependem de vários fatores de índole individual.



**Figura 11** – Dificuldades durante o processo de transição

Da análise dos discursos das participantes quando questionadas relativamente às dificuldades sentidas neste processo, emergiram seis categorias. As participantes identificaram a alopecia: *“Ter de andar de peruca”* (E1); *“(…) estou a usar peruca e sinto-me mais triste (…)”* (E2); outros efeitos secundários da quimioterapia: *“(…) Os enjoos, o não me apetecer fazer nada, não querer sair de casa para lado nenhum, a falta de força... Nos primeiros dias dos tratamentos é um bocado complicado”* (E3); a cessação da atividade profissional: *“(…) Olhe, esta vida de parada (…)”* (E6); *“(…) Porque eu era uma pessoa que gostava de trabalhar, não me dou parada (…)”* (E8); a perda da mama: *“(…) ver-me ao espelho sem a mama”* (E8); o sofrimento dos entes queridos: *“(…) ver as pessoas a sofrerem por mim”* (E6); e a dependência dos outros: *“(…) Foram difíceis porque dei mais trabalho aos outros (…)”* (E4).

#### 5.14. Desânimo Durante o Processo de Transição

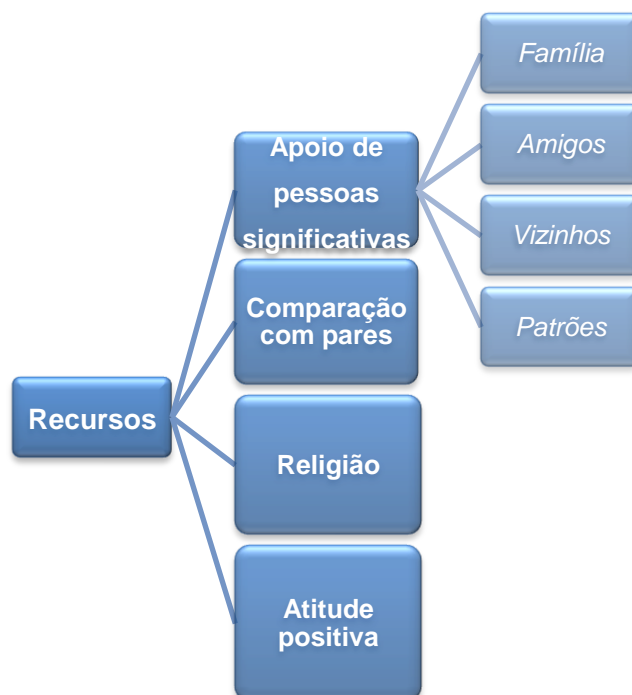
Face às dificuldades identificadas pelas participantes, questionámo-las se teriam desanimado em alguma fase do processo. Seis das participantes referiram terem sido tomadas por este sentimento diversas vezes: *“Nos dias em que estou*

*mais em baixo desanimo um bocado por causa da quimioterapia*” (E3); *“Desanimei. (...) Muitas vezes”* (E5); *“Durante este tempo estive muitas vezes desanimada (...)”* (E6). As restantes três por sua vez, referiram não ter desanimado durante este período difícil da sua vida: *“Não. Tive sempre força”* (E7); *“Não. Acho que não”* (E8).

### 5.15. Recursos Mobilizados no Processo de Transição

O processo de transição é passível de ser influenciado por diversos fatores que podem facilitar ou inibir a consecução de uma transição saudável. De entre estes fatores contam-se fatores de índole pessoal, cultural e social (Meleis, 2010).

Os recursos mobilizados pelas participantes durante o processo de transição assumem-se assim, como fatores influenciadores do modo como ele decorre, pelo que procuramos conhecer quais os recursos mobilizados pelas participantes deste estudo.



**Figura 12** – Recursos mobilizados no processo de transição

Quando questionadas a este respeito, as participantes identificaram quatro recursos que foram categorizados. O apoio de pessoas significativas foi uma das categorias mais referenciadas, conforme evidenciado nas seguintes unidades de análise: *“A ajuda do meu marido”* (E7); *“Apoiei-me no meu marido e nos meus filhos”* (E8); *“Eu tive muito apoio, tanto da família como de pessoas amigas e colegas (...)”* (E9).

A partir da categoria apoio de pessoas significativas, entendida como o apoio de alguém afetivamente ligado à mulher mastectomizada, emergiram quatro subcategorias. Todas as participantes do estudo referenciaram a família, destacando-se o marido, os filhos e os irmãos: *“Foram os meus filhos e o meu marido”* (E1); *“(...) E o meu irmão mais novo, que vem aqui muitas vezes (...)”* (E2); *“Em primeiro lugar a minha irmã (...)”* (E4); *“A minha sobrinha veio aqui muitas vezes (...)”* (E5); *“Uma tia (...) essa minha tia esteve sempre, sempre presente na minha vida (...)”* (E6). Tal como referido por Fernandes (2002) cit. por Bervian e Girardon-Perlini (2006), o apoio familiar assume um papel preponderante na vivência do processo de doença, fornecendo à mulher estabilidade emocional, essencial para o alcançar de uma melhor aceitação e orientação comportamental. Para além da família, outras pessoas significativas foram equacionadas como sejam os amigos, os vizinhos e os patrões, sendo igualmente referenciados como um reforço positivo na vivência da doença: *“(...) e as minhas amigas (...)”* (E9); *“(...) e os vizinhos (...)”* (E3); *“(...) e a minha patroa (...)”* (E8).

Outra categoria identificada pelas participantes foi a comparação com pares: *“Ora bem, concentrei-me assim... Deve haver casos piores do que o meu (...)”* (E1); *“(...) tinha momentos em que pensava na cura e pensava que havia casos bem piores do que o meu”* (E9). A religião, referida pelas participantes mais velhas, assumiu-se também como um recurso efetivo na vivência da doença: *“Agarrei-me a Deus. Pedi a Deus que me ajudasse (...)”* (E2); *“Aos meus santinhos”* (E4). Por fim, algumas participantes identificaram a atitude positiva face à doença como um outro recurso mobilizado para fazer frente à situação de crise: *“Ganhei forças. Acreditei na cura”* (E3); *“(...) Mentalizei-me que ia ficar bem (...)”* (E5).

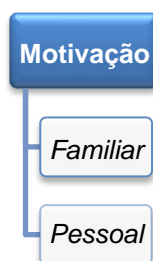
No contexto da compreensão da transição, os recursos identificados pelas participantes traduzem algumas das condições pessoais e sociais facilitadoras da transição. Assim, enquanto que a comparação com pares, o refúgio na religião e a esperança na cura, traduzem algumas condições pessoais facilitadoras do processo de transição, o apoio de pessoas significativas, por sua vez, assume-se



como uma condição social entendida pelas participantes também ela como facilitadora deste processo.

## 5.16. Motivação para o Processo de Transição

O processo de transição poderá ainda ser influenciado pela motivação da própria pessoa para nele se envolver. Assim, pretendemos perceber qual a origem da motivação da pessoa para lidar com a situação de transição.



**Figura 13** – Motivação para o processo de transição

Do discurso das participantes emergiram duas categorias: familiar e pessoal. As participantes referenciaram a família como a sua fonte de motivação para lidar com a situação de doença: *“Prontos, é assim... os netinhos... a família”* (E1); *“Quando pensei na minha filha e no meu marido. (...) é tudo por eles”* (E6); *“(...) E depois pensava no meu filho, e pensava: “Não (...), tens que superar isto”* (E8). A motivação pessoal foi também referenciada como importante neste processo: *“(...) Achava que ainda era nova para morrer (...)”* (E3).

Ainda no que respeita às condições pessoais influenciadoras da transição, importa referir o status socioeconómico. Tal como foi referido anteriormente, o grupo de participantes deste estudo é composto por mulheres com um nível de escolaridade maioritariamente baixo, pelo que a tomada de conhecimento do diagnóstico associada à obrigatoriedade de cessação da atividade profissional, poderá incorrer em implicações ao nível do bem-estar socio-económico da pessoa e assim, influenciar de forma negativa o decorrer do processo de transição.

Já no que respeita à preparação antecipatória para a transição, condição facilitadora da mesma, tal não se verificou no grupo de participantes deste estudo, dada a natureza da transição que foi vivenciada. A transição saúde/doença vivenciada pelo grupo de participantes associa-se a uma grande imprevisibilidade, pelo que não é possível à pessoa proceder a qualquer tipo de preparação antecipatória para a mesma.

## 5.17. Experiências Anteriores de Cancro na Família

As experiências anteriores da pessoa assumem-se também, como fatores passíveis de influenciar o decurso do processo de transição. A vivência de situações anteriores similares com pessoas significativas poderá ter um efeito positivo ou negativo face ao processo que a pessoa vivencia. Assim, numa primeira fase, procuramos conhecer a existência de experiências anteriores de doença neoplásica no seio familiar.



**Figura 14** – Experiências anteriores de cancro na família

Quando questionadas as participantes a este respeito, emergiram da análise dos seus discursos cinco categorias que traduzem o grau de parentesco do familiar acometido pela doença. Assim, foram identificadas as categorias marido, mãe, irmã, tia e prima, conforme evidenciado pelas seguintes unidades de análise: “(...) *Infelizmente também tive o meu marido que faleceu com um cancro na cabeça*” (E5); “*Dizem que a minha mãe morreu com um cancro daqueles que apanham o corpo todo de repente (...)*” (E3); “*Sim. Eu tive uma irmã que morava aqui ao lado... Morreu com um tumor na cabeça*” (E1); “(...) *Tive duas irmãs que faleceram com*

*isso*” (E5); *“Sim. Duas tias direitas da parte da mãe”* (E2); *“(…) Tenho uma prima emigrada que teve o mesmo problema e também teve que tirar a mama”* (E7). Refira-se que uma das participantes manifestou não ter conhecimento de qualquer situação na família: *“Não (...)”* (E6).

## **5.18. Influência das Experiências Anteriores na Vivência da Doença**

Ainda ao nível das experiências anteriores, procuramos perceber se a sua existência condiciona a forma como a pessoa vivencia a sua própria doença.

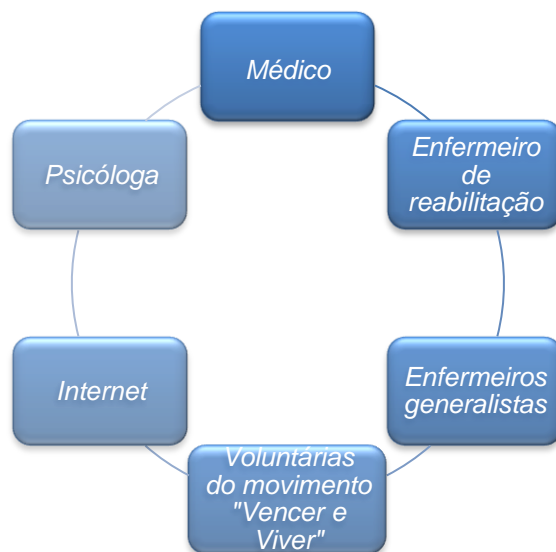
Neste sentido, três participantes assumiram a existência de uma relação direta entre as situações vivenciadas com familiares e a forma como encaram a sua própria doença: *“Teve muito a ver com isso. (...) eu lembra-me que eu também vou morrer”* (E2); *“Pois fez. Eu vi o que elas sofreram (...)”* (E5) . Dos seus discursos, percebe-se a existência de um efeito negativo das experiências anteriores no processo de transição, uma vez que se trataram de experiências carregadas de sofrimento e que culminaram, por vezes, na morte da pessoa.

As restantes participantes referiram não fazer qualquer associação entre as situações, identificando-as como distintas: *“Não. Eu acho que não. Cada caso é um caso (...)”* (E8).

## **5.19. Fontes de Informação Durante o Processo de Transição**

Por fim, importa referir o papel do conhecimento relativamente ao que esperar durante a transição como uma condição pessoal facilitadora da vivência

deste processo. Neste seguimento, foi nossa pretensão perceber quais as fontes de informação valorizadas pelas participantes.



**Figura 15** – Fontes de informação durante o processo de transição

Assim, foram identificadas seis categorias. O médico foi referenciado como uma fonte de informação relevante: “(...) *E os meus médicos e médicas (...)*”(E2); “*Foram os médicos (...)*” (E3); “*Foi o meu ginecologista (...)*” (E9). O enfermeiro de reabilitação foi também referenciado por grande parte das participantes: “*Foi você (...)*” (E2); “*Foi a senhora enfermeira*” (E5); “*Foi você, que foi um apoio muito grande (...)*” (E7). Para além destes profissionais, foram ainda identificados os enfermeiros generalistas: “*(...) todos os enfermeiros (...)*” (E2); “*Foram (...)* os enfermeiros (...)” (E3); as voluntárias do movimento Vencer e Viver que forneceram aconselhamento relativamente a ajudas técnicas: “*(...) E no dia seguinte foi lá outra senhora, acho que era voluntária, e também me disse aquilo que eu havia de fazer (...)*” (E4); a internet: “*(...) fui à internet ver o que era o cancro da mama*” (E8); e a psicóloga: “*(...) Depois também a psicóloga, que me ajudou muito (...)*” (E9).

Godinho e Koch (2005) num estudo desenvolvido com o objetivo de identificar as fontes utilizadas pela mulheres para aquisição de conhecimentos sobre o cancro da mama, concluíram que a televisão era o meio mais utilizado pelas participantes para adquirir conhecimento sobre a doença (26,5%), seguida pelas revistas (16,8%), relacionamento interpessoal (16,2%), médicos assistentes (15,8%), jornais (12,2%), rádio (8,4%) e internet (3,9%).

Por sua vez, Costa (2011) no desenvolvimento de um estudo que visava perceber o acesso à informação e a aprendizagem de capacidades da mulher mastectomizada, conclui que a aquisição de conhecimentos relativamente à doença

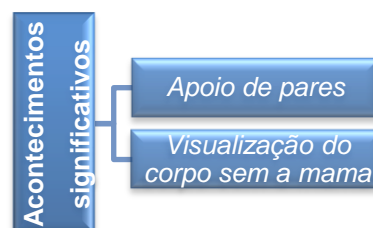
se processa maioritariamente por meio da informação médica (50%), seguindo-se a internet (25%) e o recurso a livros (8,3%).

Os resultados da nossa investigação vão assim, de encontro aos obtidos por Costa (2011), uma vez que a maioria das participantes referiu ter tido acesso à informação através do médico assistente.

A compreensão da influência das condições pessoais na transição assume-se essencial ao planeamento dos cuidados de enfermagem. Segundo Zagonel (1998), compete aos profissionais de enfermagem conhecer todas as condições da transição que a pessoa vivencia e identificar as suas reais necessidades, de forma a colaborar no processo de reajuste e adaptação aos eventos que geram instabilidade.

## 5.20. Acontecimentos Significativos Durante o Processo de Transição

O processo de transição pode ainda ser influenciado por determinados acontecimentos, de cariz positivo ou negativo, conotados como significativos pela própria pessoa, e cuja ocorrência traz implicações diretas naquela que é a vivência da transição.



**Figura 16** – Acontecimentos significativos durante o processo de transição

Da análise dos discursos das participantes emergiram duas categorias. Assim, foi identificada a categoria apoio de pares, tendo as participantes manifestado um sentimento positivo face ao apoio recebido por outras pessoas que tinham passado por uma situação similar: “(...) *é quem eu tenho recebido cá em casa e passou pelo mesmo* (...)” (E6). Outra categoria nomeada foi a visualização

do corpo sem a mama, conotado como negativo e gerador de desconforto nas participantes: “(...) *aquela situação em que me retiraram o penso, eu fiquei assim um bocadinho desorientada*” (E1). Refira-se que a maioria das participantes não identificou qualquer acontecimento suscetível de ter influenciado o decurso do processo de transição: “(...) *Não houve nada*” (E2); “*Não. Tudo correu normalmente*” (E9).

## 5.21. Indicadores de Processo do Processo de Transição

Os indicadores de processo consistem em índices mensuráveis que revelam como a transição está a ocorrer num determinado ponto do tempo. Meleis (2010) enunciou como indicadores de processo a sensação e a manutenção do contato, a interação, a localização, a sensação de situado e o desenvolvimento de confiança.

No que respeita aos indicadores de processo, e apesar das alterações percecionadas por cerca de metade das participantes ao nível da esfera social, nomeadamente um maior desejo em permanecer no domicílio, verifica-se que ao longo do período correspondente à implementação do programa de enfermagem de reabilitação, as participantes mantiveram o contato e a interação social: “(...) *sinto-me mais triste em sair de casa. Vou na mesma fazer compras e a todo o lado mas sinto-me mais triste*” (E3); “*Em relação aos meus amigos e, olhando que eu fiquei muito fechada, muito em casa, acho que eles têm realmente colaborado muito, muito, muito... (...) Mensagens, telefonemas, visitas (...)*” (E6).

Se é um fato que este período foi marcado pela presença de desânimo frequente em algumas participantes: “*Desanimei. (...). Muitas vezes (...)*” (E5), “*Durante este tempo estive muitas vezes desanimada (...)*” (E6), também é perceptível um desenvolvimento contínuo de confiança: “(...) *Embora às vezes as forças falhem, mas... Eu teimo sempre*” (E1); “*Quando chorava desanimava. Mas depois aquilo parava... (...)*” (E9). Apesar das adversidades, as participantes não se deixaram vencer pelo desânimo e continuaram a cultivar a confiança necessária para atingir um processo transicional saudável.

## 5.22. Indicadores de Resultado do Processo de Transição

Os indicadores de resultado, por seu lado, traduzem a qualidade do processo de transição da pessoa, permitindo avaliar se ocorreu uma transição saudável ou se a pessoa se encontra num estado de vulnerabilidade face à situação que vivencia. Meleis (2010) identificou como indicadores de resultado o domínio do papel e o desenvolvimento de uma identidade integrativa fluída.

Assim, e de forma a inferir a respeito dos indicadores de resultado do processo de transição, questionamos as participantes se se sentiam adaptadas à nova situação de saúde, o que consideramos traduzir o domínio do novo papel e o desenvolvimento de uma identidade integrativa fluída.

Neste contexto, cinco das participantes deste estudo referiram sentirem-se adaptadas à nova situação de saúde: *“Sim. Penso que sim”* (E5); *“Eu acho que sim”* (E7). Assim, a sensação de adaptação poderá assumir-se como um indicador de resultado do processo de transição que evidencia a consecução de uma transição saúde/doença saudável. As restantes quatro participantes verbalizaram não se sentirem adaptadas à nova situação: *“Vou-me adaptando. Ainda não estou bem mas...”* (E1); *“Adaptada não sei se estou (...)”* (E3). Esta perceção poderá resultar de duas situações distintas: por um lado, as participantes poderão ter concluído um processo de transição que não decorreu conforme as expectativas de uma transição saudável; por outro, poderão encontrar-se ainda a desenvolver o seu processo de transição, pelo que a sensação de adaptação, neste caso, funcionará como um indicador de processo e não como um indicador de resultado. Da análise dos discursos das participantes, dos quais salientamos: *“Vou-me adaptando. Ainda não estou bem (...)”* (E1); *“Eu agora acho que (...) estou a adaptar-me bem ao sistema”* (E6), verificamos que as mesmas se encontram ainda em processo de transição. Refira-se que a transição constitui-se como um fenómeno individual, que não se processa segundo um padrão estruturado, pelo que a duração do processo de transição não será obrigatoriamente a mesma no grupo de participantes.

Refira-se que as participantes submetidas a esvaziamento axilar e portanto, com maior necessidade de proceder a alterações na sua vida diária de forma a prevenir a ocorrência de linfedema, inserem-se no grupo de participantes que referiu sentir-se adaptado à nova situação de saúde.

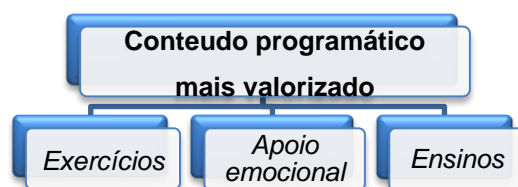
## 5.23. Valorização do Programa de Enfermagem de Reabilitação

Na conceção dos cuidados de enfermagem, o procedimento de avaliação assume uma importante significativa rumo à excelência do cuidar. Assim, consideramos pertinente perceber qual a perceção das utentes relativamente ao programa de enfermagem de reabilitação implementado.

Após a implementação do programa de enfermagem de reabilitação, questionamos as participantes relativamente à valorização que lhe atribuíam para a reabilitação pós-operatória. Todas as participantes referiram considera-lo importante para a sua reabilitação: “(...) acho que me ajudou” (E1); “Acho que foram importantes” (E2); “Eu acho que sim, senão eu ia agora muito empenada para a fisioterapia (...)” (E6); “Eu acho que sim, que ajudaram muito (...)” (E8).

## 5.24. Conteúdo Programático do Programa de Enfermagem de Reabilitação Mais Valorizado

Neste seguimento, interessamo-nos por perceber qual o conteúdo programático mais valorizado pelas participantes.



**Figura 17** – Conteúdo programático do programa de enfermagem de reabilitação mais valorizado

O programa de enfermagem de reabilitação abordou vários conteúdos com pertinência para o processo de reabilitação da mulher submetida a mastectomia. Da análise dos discursos das participantes, emergiram três categorias: exercícios,



apoio emocional e ensinos. Assim, relativamente aos conteúdos programáticos mais valorizados pelas participantes, os exercícios instruídos ao longo do programa foram os mais referenciados, conforme evidenciado pelas seguintes unidades de análise: *“Foi ajudar-me a fazer ginástica com o braço (...)”* (E2); *“A ginástica foi sem dúvida muito importante, porque ajudou-me a mexer este bracinho (...)”* (E6); *“Foi a ginástica porque o meu braço estava muito parado (...)”* (E7); *“Foi os exercícios porque ajudaram-me a poder mover melhor e voltar à minha vida normal”* (E8). De fato, a restrição da mobilidade do ombro homolateral à cirurgia é uma complicação pós-operatória comum à mastectomia que acarreta sérias limitações ao nível do desempenho das atividades (Kisner e Colby, 2005). A valorização do programa de exercícios poderá assim, estar relacionada com a percepção desta limitação e da sua influência no quotidiano das participantes.

O apoio emocional foi também referenciado pelas participantes como uma das componentes mais significativas deste programa de enfermagem de reabilitação: *“Eu acho que foi (...) o diálogo”* (E1); *“(...) e foi falar comigo (...)”* (E2); *“Eu acho que era o apoio”* (E5).

Por fim, houve também referência aos ensinos realizados ao longo do programa, como um conteúdo programático significativo para a reabilitação pós-operatória: *“(...) e os cuidados com o braço”* (E3). A realização de ensinos pertinentes à reabilitação pós-operatória e prevenção de complicações, visa dotar a pessoa de autonomia e impeli-la à adoção de um papel ativo no processo de reabilitação, de forma a favorecer a sua adaptação à nova condição de saúde.

## **5.25. Sugestões de Melhoria do Programa de Enfermagem de Reabilitação**

Com este programa de enfermagem de reabilitação pretendia-se dar resposta às mais variadas necessidades da mulher mastectomizada em fase de reabilitação. Assim, e porque este programa foi pensado para a mulher

mastectomizada, consideramos pertinente conhecer as suas próprias opiniões relativamente a possíveis sugestões de melhoria do mesmo.

Quando questionadas as participantes relativamente à existência de sugestões de melhoria no programa desenvolvido de forma a favorecer a adaptação à nova situação de saúde, uma participante referiu considerar o aumento do número de sessões como benéfico para a sua reabilitação: “(...) *Claro que se tivesse vindo mais vezes seria ainda melhor (...)*” (E8). Refira-se que a maioria das participantes referiu não ter qualquer sugestão a fazer: “*Eu acho que não podia ter ajudado mais*” (E2); “(...) *Acho que não precisava de mais nada*” (E3); “*Não, eu acho que não poderia ajudar em mais nada*” (E4); “*Eu sinceramente acho que não (...)*” (E6).

## 6. CONCLUSÕES FINAIS

A doença oncológica da mama assume-se como uma patologia crónico-degenerativa com sérias repercussões na estrutura física e psico-social da mulher, despoletando emoções, sentimentos e comportamentos que a fragilizam perante si e a sociedade. O processo de transição que tem então início implica uma adaptação à nova condição de saúde, em função das implicações que a doença tem no seu dia-a-dia.

Com este trabalho de investigação pretendia-se conhecer este processo e perceber de que forma um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação poderia contribuir para a consecução de uma transição saudável.

Tendo em conta os objetivos que orientaram esta investigação, foram identificadas as principais conclusões.

A tomada de conhecimento do diagnóstico de cancro da mama, enquanto fenómeno responsável pela consciencialização da transição, marca o início da transição saúde/doença, marcada nesta fase precoce, por emoções e sentimentos negativos. A consciencialização da transição foi assim, um fenómeno que ocorreu sem interferência do enfermeiro de reabilitação, dado esta ter já ocorrido no momento do primeiro contato. Face ao diagnóstico, emergem medos que refletem os estigmas sociais da doença, nomeadamente a morte, a alopecia e o risco de recidiva por meio de metastização. Segue-se a proposta de realização da mastectomia, procedimento que despoleta também ele na mulher sentimentos e comportamentos que comprometem o seu bem-estar emocional.

As implicações decorrentes da cirurgia refletem-se na vida da mulher a vários níveis. A nível físico verifica-se, em algumas mulheres, limitações no desempenho das atividades de vida diária, ultrapassadas após a frequência do programa de enfermagem de reabilitação. Ainda a este nível, identificam-se também, e de forma unânime, limitações no desempenho das tarefas domésticas. No entanto, de uma forma geral, a perceção de limitação por parte das participantes mantém-se apesar da frequência do programa. O motivo subjacente a esta realidade prende-se com os cuidados inerentes à prevenção do desenvolvimento

de linfedema e não com um déficit de mobilidade ao nível do ombro homolateral à cirurgia. De fato, verificou-se um restabelecimento quase completo de mobilidade do ombro, que em nada afetaria o desempenho das participantes nas tarefas domésticas. Face ao exposto, pode-se concluir que a mastectomia compromete de forma permanente a capacidade da mulher para a gestão das tarefas domésticas.

No que respeita à vida familiar, verificam-se alterações de papéis, sendo que tarefas outrora asseguradas pela mulher passam a ser divididas pela restante estrutura familiar. Para além disso, verificou-se um apoio e acompanhamento incondicionais neste difícil período que a mulher vivencia.

De entre as implicações na vida familiar, a relação com o companheiro assume uma importância significativa para o bem-estar da mulher. Os resultados desta investigação apontam para a desvalorização da estética corporal por parte do companheiro, pelo que, de uma forma geral, a relação é percecionada pela mulher como inalterada após a mastectomia.

A vivência social, identificada na literatura como uma das valências atingidas pela mastectomia, não teve neste estudo uma afetação muito significativa, dado que apenas metade do grupo de participantes manifestou tendência para o evitamento do contato social. As causas subjacentes a este facto prendem-se fundamentalmente, com os efeitos secundários da quimioterapia.

Por fim, a prática profissional mostrou-se profundamente afetada pela realização da mastectomia, dado que nenhuma das participantes profissionalmente ativa havia reiniciado a atividade à data da entrevista. No que respeita a atividades ocupacionais, verificou-se um início precoce das mesmas, como meio de distração, facilitador da vivência do processo de transição.

O processo de transição revelou-se um período marcado por dificuldades várias, nomeadamente a aceitação da perda da mama, os efeitos secundários da quimioterapia, com maior destaque para a alopecia, a cessação da atividade profissional, o sofrimento das pessoas significativas e a dependência de outros provocada pelo procedimento cirúrgico.

Nesta investigação, e de forma a compreender a transição, procuramos também conhecer as condições influenciadoras e o efeito por elas produzido no processo de transição. Assim, como condições facilitadoras contam-se os recursos mobilizados pelas participantes para fazer face à transição, nomeadamente a comparação com pares, a crença na religião e a atitude positiva face à doença, a

motivação familiar como impulsionadora da pessoa neste processo e o apoio de pessoas significativas. Ainda a este nível, o conhecimento acerca do que esperar durante a transição assumiu-se também, como fator facilitador da mesma. As fontes de informação identificadas foram várias, nomeadamente o médico, o enfermeiro de reabilitação, o enfermeiro generalista, as voluntárias do movimento “Vencer e Viver”, a psicóloga e a internet. Refira-se no entanto, que a maioria das participantes identificou o médico como fonte essencial de informação neste processo, sendo que algumas chegaram mesmo a referi-lo como única fonte de informação, o que traduz a valorização atribuída ao seu papel neste processo. No que respeita à classe de enfermagem, o enfermeiro de reabilitação, enquanto profissional envolvido no programa de enfermagem de reabilitação, foi referenciado pela maioria das participantes. No entanto, o enfermeiro generalista no contexto de internamento e consulta externa foi nesta investigação, escassas vezes referido.

Por outro lado, o status socio-económico, a ausência de preparação antecipatória para a transição e, em alguns casos, a existência de experiências anteriores de cancro na família tiveram uma influência negativa no decorrer deste processo.

No que respeita à avaliação do processo de transição, verificou-se que a maioria das participantes referiu sentir-se adaptada à nova situação de saúde, pelo que se infere a consecução de uma transição saudável. Algumas participantes, por outro lado, referiram não se sentirem ainda adaptadas às novas exigências da sua condição. No entanto, tendo em conta os indicadores de processo identificados neste estudo, nomeadamente a manutenção do contato e da interação social e o desenvolvimento de confiança, conclui-se que estas mulheres não teriam ainda concluído o seu processo de transição, apesar de caminharem no sentido de uma transição saudável.

O programa de enfermagem de reabilitação instituído foi conotado como importante para a reabilitação por todas as participantes do estudo, o que traduz a sua perceção do papel do enfermeiro de reabilitação no processo de transição. O conteúdo programático mais valorizado foi o programa de exercícios, refletindo a importância atribuída ao colmatar das limitações sentidas ao nível do membro homolateral à cirurgia e das suas implicações no quotidiano da mulher. Para além disso, tratam-se de cuidados a que estas mulheres não tiveram acesso por meio de outros profissionais com quem contactaram ao longo deste processo. Para além

dos exercícios, destacaram-se também, o apoio emocional e os ensinamentos como conteúdos programáticos significativos.

Este trabalho de investigação trouxe algumas mais valias para o conhecimento da transição e do papel do enfermeiro de reabilitação neste processo. De fato, compreender a forma como a mulher mastectomizada vivencia este processo capacita o enfermeiro para a implementação de intervenções, baseadas na evidência, que sejam facilitadoras da transição e promovam a sua adaptação à nova condição de saúde. Assim, consideramos que este estudo possa ser um pequeno contributo para a melhor compreensão da problemática em análise.

Face aos resultados obtidos nesta investigação, importa refletir sobre as práticas de cuidados vigentes nas nossas instituições de saúde.

No contexto das políticas de saúde atuais, emerge a necessidade de gerir os recursos humanos existentes nas unidades de saúde. De fato, verifica-se a existência de um número crescente de enfermeiros especialistas nas instituições, cujas habilitações se encontram subaproveitadas. Os cuidados de enfermagem de reabilitação continuam circunscritos a áreas específicas da prática clínica, imperando por isso, a necessidade de repensar as políticas institucionais de forma a promover o acesso a esses cuidados noutras áreas pertinentes, das quais o cuidado à mulher mastectomizada é exemplo. De fato, na maioria das instituições de saúde, estas utentes não têm contato com o enfermeiro de reabilitação, estando a sua reabilitação física entregue aos cuidados tardios da fisioterapia. Repensar estas políticas permitirá, sem qualquer dúvida, melhorar os cuidados prestados nesta área e obter ganhos em saúde efetivos, uma vez que a intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação poderá minimizar limitações e prevenir complicações potencialmente responsáveis por novas recorrências aos cuidados de saúde.

O programa de enfermagem de reabilitação implementado no contexto desta investigação foi pensado neste sentido. A visita domiciliária do enfermeiro de reabilitação durante um período de três meses permitiu o acompanhamento da utente e família, assim como a observação e continuação do tratamento instituído ainda em contexto hospitalar. Trata-se de uma fase marcada por grande insegurança, em que podem emergir complicações para as quais estas utentes não haviam sido convenientemente preparadas, pelo que surgem dúvidas relativamente às atitudes e comportamentos a adotar no sentido da sua resolução. Para além disso, verificou-se que apenas uma participante desta investigação teve

necessidade de iniciar cuidados de fisioterapia, no contexto de um agravamento da limitação funcional do membro homolateral à cirurgia secundário ao tratamento de radioterapia. As restantes participantes, embora tenham, na sua maioria, sido avaliadas pela especialidade de medicina física e de reabilitação, não foram propostas para qualquer tratamento a este nível.

Assim, este programa mostrou-se capaz de dar resposta às necessidades destas utentes, pelo que consideramos pertinente equacionar um acompanhamento de enfermagem de reabilitação continuado no tempo nas nossas instituições de saúde.

A premência destes cuidados especializados assume particular importância no contexto das atuais políticas institucionais que preconizam internamentos cada vez mais curtos. Assim, impera a necessidade de adotar planos de alta estruturados, que contemplem a educação para a saúde e promovam o esclarecimento efetivo da mulher relativamente à prevenção de complicações pós-operatórias. As orientações para a alta são muitas vezes, fornecidas no momento da mesma, pelo que a informação transmitida é demasiada para permitir a sua assimilação.

As participantes deste estudo manifestaram alguma carência de informação fornecida pela classe de enfermagem em contexto de internamento. Tal poderá dever-se não só à falta de sensibilização dos profissionais para a importância da educação para a saúde nesta área específica de cuidados, mas também aos exigentes rácios enfermeiro/doente atualmente praticados em algumas das nas nossas instituições de saúde. Assim, o apoio especializado do enfermeiro de reabilitação permitiria ultrapassar estas dificuldades, também elas sentidas pelas próprias utentes. A alta hospitalar deveria então implicar um trabalho interdisciplinar, do qual os enfermeiros e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação seriam parte integrante.

A presente investigação levanta ainda, algumas questões que nos poderão conduzir a outras investigações nesta área temática. Assim, consideramos pertinente a realização de um outro estudo de cariz comparativo, com uma amostra mais representativa da população, de forma a averiguar se os resultados são sobreponíveis aos obtidos nesta investigação.

Assim, após a realização desta investigação, concluímos que os cuidados de enfermagem de reabilitação foram facilitadores da transição no grupo de

participantes estudado. No entanto, a escassez de estudos de investigação relativamente a esta temática não permitiu proceder à comparação de resultados e assim, melhorar o nível de conhecimentos relativos a esta temática.



## BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. C. – *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN 978-972-8485-96-2;

AZEVEDO, A. I. M. – *Processo de transição do adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes* [em linha]. Porto: 2010. Dissertação de Mestrado. [Consult. Dezembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26622/2/Processo%20de%20transio%20do%20adolescente%20hospitalizado%20numa%20Unidade%20de%20Adolescentes.pdf>>;

BARDIN, L. – *Análise de conteúdo*. 5ª Ed. Lisboa: Edições 70, 2009. ISBN 978-972-44-1506-2;

BARRETO, R. A. S. [et al.] – *As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem*. “Rev. Eletrônica de Enfermagem” [em linha]. Vol. 10, nº 1 (2008): p. 110-123. [Consult. Dezembro 2011]. Disponível em: <URL:<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>>;

BARROS, N. A. V. – *Satisfação sexual e imagem corporal em mulheres com cancro da mama* [em linha]. Lisboa: 2008. Dissertação de Mestrado. [Consult. Setembro 2011]. Disponível em: <URL: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1153>>;

BENTO, M. J. – *Registo Oncológico 2010* [em linha]. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, Agosto 2012. [Consult. Outubro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.ipoporto.min-saude.pt/Estatistica/registoncologico/>>;

BERVIAN, P. I.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. – *A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia*. “Rev. Brasileira de Cancerologia” [em linha]. Vol. 52, nº 2 (2006): p. 121-128. [Consult. Outubro 2011]. Disponível em: <URL: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_52/v02/pdf/artigo1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf)>;

BLAND, K. I.; COPELAND, E. M. – *A Mama in Princípios de Cirurgia*. Rio de Janeiro: 1996;

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. – *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2;

BRUGES, M. L. B. M. P. – *Mastectomia e Autoconceito*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-27-5;

CARRENO, G. et al – *Local recurrence after mastectomy for breast cancer: analysis of clinicopathological, biological and prognostic characteristics* (Abstract). “Breast Cancer Res Treat” [em linha]. Vol. 102, nº 1 (2007): p. 61-73. [Consult. Outubro 2011]. Disponível em: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16850244>>;

CHICK, N.; MELEIS, A. I. – *Transitions: A Nursing Concern* [em linha]. University of Pennsylvania, 1986. [Consult. Dezembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>>;

COBERLLINE, V. L. – *Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido*. “Rev. Gaúcha de Enfermagem” [em linha]. Vol. 22, nº 1 (2001): p. 42-68. [Consult. Outubro 2011]. Disponível em: <URL:<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4351/2299>>;

COSTA, I. - *Identificação das necessidades/problemas das doentes mastectomizadas submetidas a quimioterapia adjuvante com protocolo “FEC”*. “Enfermagem Oncológica”. Nº 3 (Julho 1997): p. 34-42;

COSTA, I. M. M. – *Mulheres Mastectomizadas Acesso à informação e aprendizagem de capacidade* [em linha]. Porto: 2011. Dissertação de Mestrado. [Consult. Novembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:comum.rcaap.pt:123456789/1782>>;

FENTIMAN, I. S. – *Fixed and modifiable risk factors for breast cancer* (Abstract) [em linha]. Int J Clin Pract Vol. 55, nº 8 (Outubro/2001): p. 527-530. [Consult. Novembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11695073>>;

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. – *Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia*. “Rev. Latino-americana de Enfermagem” [em linha]. Ribeirão Preto, Vol. 11, nº 3 (Maio/Junho 2003): p. 299-304. [Consult. Dezembro 2011]. Disponível em: <URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-116920030003000006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-116920030003000006)>;

FORTIN, M. – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5;

GLOBOCAN 2008 – International Agency for Research on Cancer (World Health Organization): Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. [Em linha]. [Consult. Novembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>>;

GOBBI, F. C. M.; CAVALHEIRO, L. V. – *Fisioterapia Hospitalar: Avaliação e planejamento do tratamento*. São Paulo: Atheneu, 2009. ISBN 978-85388-0026-2;

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. – *Fontes utilizadas pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre câncer da mama*. “Radiologia Brasileira” [em linha]. São Paulo, Vol. 38, nº 3 (Maio/Junho 2005). [Consult. Novembro 2011]. Disponível em: <URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-398420050003000004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-398420050003000004&script=sci_arttext)>;

GUTIÉRREZ, M. G. R. [et al.] – *Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação*. “Acta Paulista Enfermagem” [em linha]. Vol. 20, nº 3 (2007): p. 249-254. [Consult. Dezembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a02v20n3.pdf>>;

HACK, L. F. – *Análise do comportamento motor de uma paciente submetida à mastectomia radical*. “Rev. Brasileira em Promoção da Saúde” [em linha]. Vol. 22, nº 1 (2009): p. 61-65. [Consult. Novembro 2011]. Disponível em: <URL:<http://www.redalyc.org/pdf/408/40811729011.pdf>>;

KEITEL, M. A.; KOPOLA, M. – Counseling women with breast cancer: a guide for professionals. London: Sage Publications, 2000. ISBN 0-7619-0834-X;

KISNER, C.; COLBY, L. A. – *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 4ª Ed. São Paulo: Manole, 2005. ISBN 85-204-1574-1;

KISSANE, D.W. [et al.] – *Psychological morbidity and quality of life in Australian women With earlystage breast cancer: A cross sectional survey* (Abstract). "Medical Journal of Australia" [em linha]. Vol. 169, nº 4 (1998): p. 192-196. [Consult. Julho 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9734576>>;

KRAUS, P. L. – *Body image, decision making and breast cancer treatment* (Abstract). "Cancer Nursing" [em linha]. Vol. 22, nº 6 (Dezembro 1999): p. 421-427. [Consult. Setembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10603689>>;

KRISTJANSON, L. J.; ASHCROFT – *The family's cancer journey. Literature review* (Abstract). "Câncer Nursing" [em linha]. Nº 17 (1994): p. 1-17. [Consult. Julho 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8180973>>;

KROMAN, N. [et al.] – *Factors influencing the effect of age on prognosis in breast cancer: population based study*. "BMJ" [em linha]. Vol. 320 (Fevereiro 2000): p. 474-479. [Consult. Outubro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.bmj.com/content/320/7233/474>>;

MAMEDE, M. V. [et al.] – *Orientações pós-mastectomia: o papel da enfermagem* (Abstract). "Rev. Brasileira de Cancerologia" [em linha]. Vol. 46, nº 1 (Janeiro/Fevereiro/Março 2000). [Consult. Julho 2011]. Disponível em: <URL: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_46/v01/artigo3.html](http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v01/artigo3.html)>;

MASSIE, M. J., HOLLAND, J.C. - *Psychological reactions to breast câncer in the pre-and post-surgical treatment period* (Abstract). *Seminars in Surgical Oncology*, 1991, 7, p. 320-325. [Consult. Outubro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1775820>>;

MELEIS, A. I. – *Theoretical nursing: development and progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 7817-3673-0;

MELEIS, A. I. – *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6;

MONAHAN, F.D. [et al.] – *Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. 8ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2;

NESVOLD, I. [et al.] – *Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy*. "Acta Oncológica" [em linha]. Vol. 47, nº 5 (2008): p. 835-842. [Consult. Dezembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18568481>>;

OTTO, S. E. – *Enfermagem em oncologia*. 3ª Ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-12-6;

PINHEIRO, P. S., et al – *Câncer in (Cancro em) Portugal*. IARC, "Technical Publication", nº 38 (2002): p. 30, 43, 44 e 94;

PINTO, M. C. G. – *As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar* [em linha]. Porto: 2009. [Consult. Setembro 2011]. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7213/2/Tese%20Dout%20Cidlia.pdf>>;

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-X;

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 0-7817-2557-7;

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos* [em linha]. Dezembro 2001. [Consult. Novembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>;

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação* [em linha]. Lisboa: Outubro de 2010. [Consult. Novembro 2011]. Disponível em: <URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)>;

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas Orientações Programáticas*. [em linha]. 2012. [Consult. Janeiro 2012]. Disponível em: <URL: [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/oncologicas\\_op\\_programa\\_saude\\_2012.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/oncologicas_op_programa_saude_2012.pdf)>;

PORTUGAL. Portal de Oncologia Português – *Cancro da mama* [em linha]. 2012. [Consult. Janeiro 2012]. Disponível em: <URL: <http://www.pop.eu.com/portal/publico-geral/tipos-de-cancro/cancro-da-mama.html>>;

PRADO, M. A. S. [et al.] – *A prática de atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios*. “Rev. Latino-americana de Enfermagem” [em linha]. Vol. 12, nº 3 (Maio/Junho 2004): p. 494-502. [Consult. Outubro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=urn:repox.ibict.brall:oai:scielo:S0104-11692004000300007>>;

REYNOSO-MORA, A. [et al.] – *Benefícios de un programa domiciliário de rehabilitación en pacientes com mastectomía por câncer de mama (Etapas I y II)*. “Rev. Sanidade Militar” [em linha]. Vol. 65, nº 1 (Janeiro/Fevereiro 2011): p. 19-22. [Consult. Novembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2011/sm111d.pdf>>;

SANTOS, C. G. R. – *Avaliação da patogenicidade de mutações germinativas de significado desconhecido nos genes BRCA1 e BRCA2 em famílias Portuguesas* [Em linha]. Porto: 2011. Dissertação de Mestrado. [Consult. Dezembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9163>>;

SCHWARTZ, S. I.; SHIRES, G. T.; SPENCER, F. C. – *Princípios de cirurgia*. 6ª Ed. Vol. I. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1996. ISBN 968-25-2418-0;

SEELEY, R. R.; STEPHENS, T. D.; TATE, P. – *Anatomia e fisiologia*. 8ª Ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-62-2;

SILVA, G. M. C. – *As vivências do companheiro da mulher submetida a mastectomia* [em linha]. Porto: 2009. Dissertação de Mestrado. [Consult. Julho 2011]. Disponível em: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20152>>;

SILVA, M. H. O. N. – *Estudo da sobrevivência das doentes com cancro da mama, atendidas nas Unidades de Oncologia do Centro Hospitalar Médio Ave, EPE*. [em linha]. Porto: 2010. Dissertação de Mestrado. [Consult. Setembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/44980>>;

SOERJOMATARAM, I. [et al.] – *An overview of prognostic factors for long-term survivors of breast cancer*. “Breast Cancer Research and Treatment” [em linha]. Vol. 107, nº 3 (Fevereiro 2008): p. 309-330. [Consult. Outubro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2217620/>>;

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0;

TEIXEIRA, Z. C. – *O estudo retrospectivo comparativo dos casos de cancro da mama entre duas instituições oncológicas em países diferentes* [em linha]. Porto: 2010. Dissertação de Mestrado. [Consult. Novembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26900>>;

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Chronic diseases* [em linha]. 2012. [Consult. Janeiro 2012]. Disponível em: <URL: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)>;

ZAGONEL, I. P. S. – *O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transicionais humanos*. “Acta Paulista de Enfermagem” [em linha]. Vol. 11, nº 2 (Maio/Agosto 1998): p. 56-63. [Consult. Dezembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.unifesp.br/acta/sum.php?volume=11&numero=2&item=res6.htm>>;

ZAGONEL, I. P. S. – *O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem*. “Rev. Latino-americana de Enfermagem” [em linha]. Vol. 7, nº 3 (Julho 1999): p. 25-32. [Consult. Novembro 2011]. Disponível em: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>>.



## **ANEXOS**

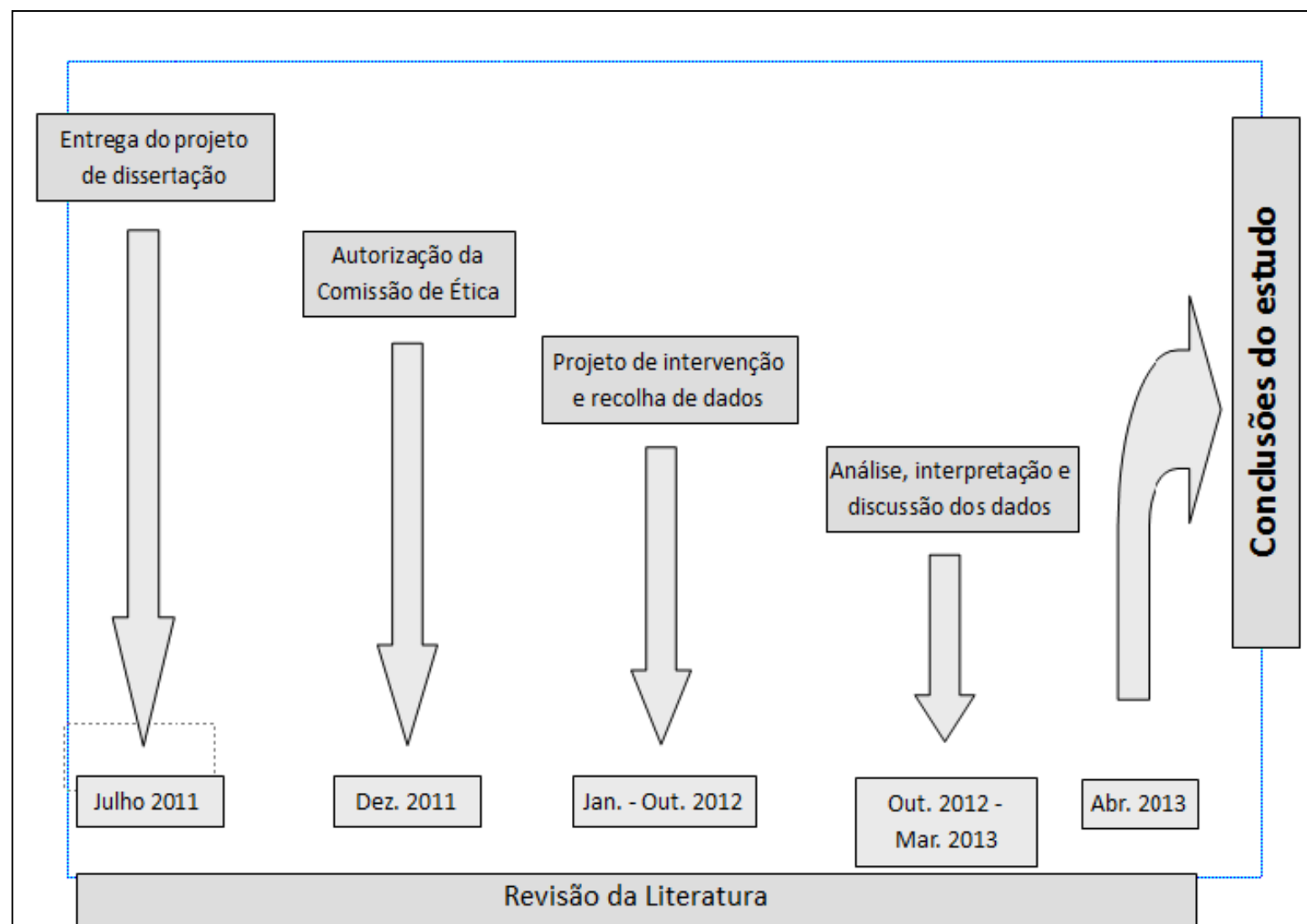




## **Anexo I**

Cronograma do estudo







## **Anexo II**

Informação escrita entregue no primeiro contato com as participantes





















### **Anexo III**

Informação escrita entregue no segundo contato com as participantes









## **Anexo IV**

Guião da entrevista



**Entrevistador:** Investigador e autor do estudo

**Local da entrevista:** a designar pela entrevistada

**Data e hora:** a determinar

**Duração da entrevista:** cerca de 30 minutos

## DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

Entrevista nº \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

### Dados Socio-demográficos:

1 - Idade: \_\_\_\_\_

2 – Com que idade teve o primeiro filho: \_\_\_\_\_

3 - Estado civil:

Solteira \_\_\_\_ Casada/União de facto \_\_\_\_ Divorciada/Separada \_\_\_\_ Viúva \_\_\_\_

4 – Nº de filhos: \_\_\_\_\_

5 – Coabitantes: \_\_\_\_\_

6 – Habilitações Literárias:

Nenhuma \_\_\_\_ 1º ciclo \_\_\_\_ 2º ciclo \_\_\_\_ 3º ciclo \_\_\_\_

Secundário \_\_\_\_ Licenciatura \_\_\_\_ Mestrado \_\_\_\_ Doutoramento \_\_\_\_

7 – Profissão \_\_\_\_\_

8 – Condição perante o emprego:

Empregada \_\_\_\_ Desempregada \_\_\_\_ Doméstica \_\_\_\_ Reformada \_\_\_\_

### Antecedentes pessoais:

1 – História familiar: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

2 – Patologias associadas: \_\_\_\_\_

3 – Menarca: \_\_\_\_\_ Menopausa: \_\_\_\_\_

4 – Hormonoterapia de substituição: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Dados relativos ao tratamento:**

1 – Data do diagnóstico da doença: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2 – Data da cirurgia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3 – Tipo de Mastectomia \_\_\_\_\_

4 – Lateralidade: Direita \_\_\_\_ Esquerda \_\_\_\_

5 – Tratamentos efetuados:

Quimioterapia \_\_\_\_ Radioterapia \_\_\_\_ Hormonoterapia \_\_\_\_

Bloco da Entrevista	Objetivos específicos	Questões possíveis	Observações
Bloco 1 – Primeiro contato	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivar a entrevistada para a entrevista</li> <li>- Estabelecer relação empática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre os objetivos do estudo;</li> <li>- Explicar o decurso da entrevista.</li> </ul>	<p>Tempo médio: 2 minutos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os objetivos do estudo deverão ser apresentados de forma breve, clara e precisa.</li> <li>- O investigador deverá disponibilizar-se para o esclarecimento de qualquer questão relevante à entrevistada.</li> <li>- O investigador deverá solicitar o uso do gravador durante a entrevista.</li> </ul>
Bloco 2 – Reação perante o diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber o impacto do diagnóstico na vida da entrevistada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que sentiu quando tomou conhecimento do diagnóstico?</li> <li>- O que considera ter motivado a sua reação face à doença?</li> <li>- Que estratégias adotou para lidar com a situação?</li> <li>- Quais os principais receios sentidos ao longo do processo de recuperação?</li> </ul>	<p>Tempo médio: 5 minutos</p>
Bloco 3 – Autocuidados e função motora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber as implicações da mastectomia ao nível da autonomia nos autocuidados e tarefas diárias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Após a cirurgia, que atividades relativas ao seu cuidado pessoal teve dificuldade em executar?</li> <li>- Quais as dificuldades atuais?</li> <li>- Após a cirurgia, que atividades do seu dia-a-dia teve dificuldade em executar?</li> <li>- Quais as dificuldades atuais?</li> </ul>	<p>Tempo médio: 3 minutos</p>



Bloco 4 – Alterações psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber quais as alterações psicológicas sentidas pela utente ao longo do processo de recuperação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que sentiu quando viu pela primeira vez o seu corpo após a mastectomia?</li> <li>- Atualmente o que significa para si a perda da mama?</li> <li>- Qual foi a reação do seu companheiro face à sua situação de doença?</li> <li>- O que mudou na relação com o seu companheiro após a cirurgia?</li> <li>- Sentiu alguma alteração na sua vida familiar após a cirurgia?</li> <li>- Qual foi a reação dos seus filhos face à sua cirurgia?</li> <li>- Sentiu alguma alteração na sua vida social após a cirurgia?</li> <li>- Como sentiu o apoio por parte dos seus amigos?</li> <li>- Poderia falar-me das pessoas mais significativas, que a apoiaram neste processo de doença?</li> </ul>	Tempo médio: 5 minutos
Bloco 5 – Atividade profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber quais as repercussões da mastectomia na atividade profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Já regressou à sua atividade profissional?</li> <li>- Que estratégias teve necessidade de adotar na sua atividade profissional após a cirurgia?</li> </ul>	Tempo médio: 2 minutos
Bloco 6 – O processo de transição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber o decurso do processo de transição vivenciado pela utente</li> <li>- Identificar fatores facilitadores e dificultadores do</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em que momento tomou consciência da necessidade de lidar com a situação?</li> <li>- Quais as suas motivações pessoais para a decisão de lidar com a doença?</li> <li>- Foi um processo fácil ou difícil? Porquê?</li> <li>- Quem lhe forneceu a informação relativa à sua doença e ao processo de recuperação?</li> </ul>	Tempo médio: 8 minutos

	processo de transição - Perceber se a utente vivenciou uma transição saudável	- Houve algum momento que a tenha marcado neste processo, positiva ou negativamente? - Em algum momento sentiu-se desanimar? - Considera que o fato de ter/não ter vivenciado uma situação similar junto de uma pessoa significativa para si influenciou a forma como reagiu à sua própria doença? - Considera-se adaptada a esta nova situação?	
Bloco 7 – Papel do enfermeiro de reabilitação	- Perceber qual a percepção da utente relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação	- Qual a pertinência das sessões de enfermagem de reabilitação para a sua recuperação? - De entre os assuntos abordados, quais aqueles que considerou mais relevantes para a sua recuperação? - De que forma poderia o enfermeiro de reabilitação ajudá-la neste processo?	Tempo médio: 5 minutos

## **Anexo V**

Transcrição da entrevista nº 6



**CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE, DO LOCAL E DO MOMENTO DA ENTREVISTA**

<b>IDADE</b>	45
<b>IDADE COM QUE TEVE O 1º FILHO</b>	29
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casada
<b>Nº DE FILHOS</b>	1
<b>COABITANTES</b>	Marido e filha
<b>HABILITAÇÕES LITERÁRIAS</b>	2º ciclo
<b>PROFISSÃO</b>	Costureira
<b>CONDIÇÃO PERANTE O EMPREGO</b>	Empregada
<b>HISTORIA FAMILIAR DE NEOPLASIA</b>	Sim
<b>PATOLOGIAS ASSOCIADAS</b>	Colite ulcerosa, Hipertensão Arterial
<b>MENARCA</b>	13 anos
<b>DATA DO DIAGNÓSTICO</b>	Fevereiro/2012
<b>DATA DA CIRURGIA</b>	Abril/2012
<b>TIPO DE MASTECTOMIA</b>	Madden com esvaziamento axilar
<b>LATERALIDADE</b>	Direita
<b>TRATAMENTOS ADJUVANTES</b>	Não
<b>LOCAL DA ENTREVISTA</b>	Domicílio da participante
<b>DATA DA ENTREVISTA</b>	13 de Julho de 2012

## ENTREVISTA

1	<b>P1 - Permite-me que grave aquilo que vamos conversar?</b>
2	Ok.
3	<b>P2 - Quando soube que tinha um problema na mama e que tinha de ser operada, o que sentiu?</b>
4	
5	Que tudo se acabava... Como se não houvesse outro dia... Exatamente... Por exemplo, amanhã não existia. Fiquei muito mal...
6	
7	<b>P3 - E em que momento tomou consciência da necessidade de reagir?</b>
8	Quando pensei na minha filha e no meu marido. Foram eles quem me deram força.
9	Eles não verem bem o meu sofrimento, é tudo por eles.
10	<b>P4 - E quem lhe dá apoio ao seu sofrimento, se não é a família?</b>
11	Aliviar?
12	<b>P5 - Ninguém? Sofre sozinha?</b>
13	É mais ou menos isso...
14	<b>P6 - Identifica alguma coisa na sua maneira de ser que tenha motivado a sua reação à doença?</b>
15	
16	O que eu senti naquele momento não consigo explicar. E toda esta minha história anterior de ter perdido a minha mãe com a minha idade, fez-me sentir muito medo... muito medo... Por exemplo, medo que a minha filha chorasse aquilo que eu chorei.
17	
18	
19	
20	<b>P7 - A sua mãe faleceu de quê?</b>
21	Coração.
22	<b>P8 - Não teve nada a ver com o problema que a senhora teve?</b>
23	Não, até poderia ter. Porque era jovem, tinha 45 anos. Até poderia realmente...
24	Visto que tenho uma irmã que também tem.
25	<b>P9 - Quem manifestou primeiro a doença? A senhora ou a sua irmã?</b>
26	A minha irmã que é mais velha do que eu 2 anos.
27	<b>P10 - E viveu a doença com a sua irmã?</b>
28	Eu não vivi porque ela estava fora. Eu nem sequer me apercebi de tudo o que ela passou porque ela nesse ano nem veio passar férias.
29	
30	<b>P11 - E atualmente, ela está bem? Recuperou?</b>
31	Está, mas também não foi tão agressivo como o meu. Não chegou a ir para os tratamentos, a quimioterapia e assim...
32	
33	<b>P12 - E que estratégias adotou para lidar com a situação?</b>
34	Olhando para certas amigas minhas que me têm visitado e que me têm dado essa força.
35	
36	<b>P13 - Tem bons amigos?</b>
37	Tenho. Melhor do que família às vezes.

38	<b>P14 - E o que mudou depois da doença?</b>
39	Em relação aos meus amigos e, olhando que eu fiquei muito fechada, muito em
40	casa, acho que eles têm realmente colaborado muito, muito, muito...
41	<b>P15 - Mas o que é que eles fazem?</b>
42	Mensagens, telefonemas, visitas... Por exemplo, quando eu estou a chegar a um
43	próximo tratamento, na segunda-feira à noite então as mensagens começam a
44	chegar: "Força. Tu vais conseguir". Essas coisas assim...
45	<b>P16 - Sente que eles pensam em si?</b>
46	Sinto que eles estão lá fora. Sem dúvida alguma, sem dúvida...
47	<b>P17 - E quais eram os seus maiores medos?</b>
48	É que me apareça noutro sítio. Que agora acabe este e me apareça noutro lado e
49	depois noutro lado...
50	<b>P18 - Depois de ser operada, que tipo de coisas do seu cuidado pessoal tinha</b>
51	<b>difficuldade em fazer sozinha?</b>
52	Eu acho que depois da cirurgia reagi melhor do que agora na quimioterapia. A
53	quimioterapia deitou-me completamente a baixo. No fim da cirurgia fiz tudo. Só
54	pedia ajuda para ir à casa de banho no dia seguinte, em que me trouxeram a
55	cadeirinha por duas vezes porque estava muito tonta.
56	<b>P19 - E tomar banho, conseguia tomar sozinha?</b>
57	Consequia... Devagarinho... Primeiro lavava-me com o chuveiro na parte de baixo
58	e depois para cima com a luva...
59	<b>P20 - Em termos da sua vida de casa, o que é que a senhora teve dificuldade</b>
60	<b>em fazer?</b>
61	Tirando o peso, o passar a ferro (acho que só passei uma vez até hoje), também
62	não limpava os vidros, aspirador... Era só mesmo quase o limpar o pó. Aquelas
63	coisinhas mesmo...
64	<b>P21 - E agora já faz tudo ou há alguma coisa que a senhora não consegue</b>
65	<b>fazer ainda?</b>
66	Hoje continuo a passar muito pouco a ferro. O ferro ainda é das coisas que evito
67	porque fico cansada. Já limpo vidros, já ando com a vassoura e até com o
68	aspirador, cautelosamente, mas ando. Agora eu faço quase tudo, tirando os pesos.
69	Já conduzo... É mesmo o ferro e os pesos.
70	<b>P22 - Quando viu o seu corpo ao espelho pela primeira vez sem a mama, o</b>
71	<b>que é que sentiu?</b>
72	Demorei a conseguir ver... Foi como agora com o cabelo. Foi igual. Foi
73	precisamente a mesma coisa. Eu já era um "saquinho de batatas", uma mulher ao
74	gordinha... Agora ficar por meio é horrível, é horrível, horrível mesmo...
75	<b>P23 - E hoje em dia custa tanto como no início ou vai custando menos?</b>
76	Vai custando menos, sem dúvida. Mas mesmo pôr mão... É horrível... É horrível a
77	gente olhar para o espelho e vermo-nos desfigurada.

78	<b>P24 - Qual foi a reação do seu marido?</b>
79	O meu marido nesta parte... Eu quando cheguei a casa não queria que ninguém
80	viesses para a casa de banho atrás de mim. Não queria que ninguém me visse.
81	Quando ia para a cama ia sem soutien e sem a prótese de momento, mas ia
82	sempre vestidinha. Sinceramente, não gostava muito que me tocasse.
83	<b>P25 - E hoje em dia?</b>
84	Hoje em dia... Mais ou menos... Não é assim uma coisa natural.
85	<b>P26 - Mas acha que o seu marido já vê como uma coisa natural e a senhora é</b>
86	<b>que não vê ou ainda estão os dois a adaptarem-se?</b>
87	Se ele não vê, ele faz de conta que agora é uma coisa natural.
88	<b>P27 - Mudou alguma coisa na relação com o marido depois disso?</b>
89	Entre mim e ele, a gente já se entendia bem. Eramos um casal que se entendia
90	bem. Nessa coisa ainda continuamos a entendermo-nos bem. A gente às vezes
91	estava ali sentada no sofá e começava na brincadeira e essa coisa ainda continua.
92	Essas brincadeiras, esses toques... ainda continuam. A nível físico, da minha parte,
93	sem dúvida. Não tenho apetite para nada. E depois tenho a indisposição da
94	quimioterapia... Na 3ª semana a seguir aos tratamentos, eu estou em alta, outra
95	pessoa, sem dúvida. Esta semana que passou eu estava outra pessoa.
96	<b>P28 - E ao nível da sua vida familiar, mudou alguma coisa?</b>
97	A minha filha nunca me viu sem o chapeuzinho e nunca me viu nua.
98	<b>P29 - Não tem esse à vontade para com ela?</b>
99	Não, não...
100	<b>P30 - E em termos da vossa relação?</b>
101	É boa. É ela quem me acompanha para tudo. Só não vai para os tratamentos e
102	para as consultas de oncologia. De resto... Agora, como ela está de férias da
103	escola, vai comigo para tudo. Espera lá na salinha, eu compro-lhe umas revistinhas
104	que ela gosta, ela fica a ler... E ela vai comigo para tudo. Depois às vezes ainda
105	vamos dar uma volta à cidade.
106	<b>P31 - Mas a vossa relação está mais próxima do que antes, ou já era assim?</b>
107	Já eramos assim muito amigas.
108	<b>P32 - Quais foram as pessoas mais importantes nestes 3 meses? Aquelas que</b>
109	<b>mais a ajudaram?</b>
110	Uma tia... Ele é que é meu tio, mas essa minha tia esteve sempre, sempre
111	presente na minha vida, principalmente nos maus momentos.
112	<b>P33 - Já regressou à sua atividade profissional?</b>
113	Não.
114	<b>P34 - Acha que vai ser capaz de regressar à sua atividade profissional?</b>
115	Outro grande medo, muito medo... Porque eu estou ali sentada as oito horas e são
116	os meus braços que trabalham, são os meus dedos... Eu preciso dos meus dedos
117	e dos meus braços. Principalmente do direito... O direito é que pega em tudo, o



118	direito é que leva para a máquina, o direito é que arranja a peça... No que respeita
119	aos patrões, acho que não vou ter problemas... Mas é outra preocupação... Será
120	que eu vou conseguir trabalhar? É outra preocupação minha... Porque eu não
121	estava habituada a isto... Eu penso: “Quando será que eu vou voltar ao trabalho...
122	Passado um ano, passados dois?” Não sei... Não tenho a mínima ideia...
123	<b>P35 - Costumava bordar, fazer tricot para passar o tempo?</b>
124	Antes a minha vida era assim: eu trabalhava as oito horas no meu trabalho, vinha
125	para casa e fazia aquilo que eu tinha para fazer em casa. Mas eu passava roupa a
126	ferro para fora, eu tenho o meu pai (já não tenho mãe) e de quinze em quinze dias
127	ia a casa dele arrumar a casa e passar a ferro... Tinha a minha vida mais ou menos
128	sempre preenchida... Ou ia para a senhora do ferro, ou ia para o meu pai... Andava
129	sempre assim...
130	<b>P36 - E sente falta disso?</b>
131	Sinto. De andar sempre assim... No “laró”, mas ocupada. Eu tinha galinhas, eu
132	tinha jardim... Eu gosto dessas coisas. Eu sou uma mulher da aldeia. Eu sou uma
133	mulher aqui da aldeia. E essas coisas foram...
134	<b>P37 - E o jardim? Continua a tratar dele?</b>
135	Eu ainda vou para lá arrancar as ervitas mas agora andar lá com a sachola acabou.
136	<b>P38 – E continua a ter animais?</b>
137	Não. Quando eu ficar boa sim. Agora tenho medo que eles me piquem, tenho medo
138	de apanhar lá qualquer micróbio... Agora nem dou o comer à cadela. Tenho medo
139	que ela me pique, me arranhe... Para já é assim...
140	<b>P39 - Foi um momento difícil quando soube do diagnóstico... Em que</b>
141	<b>momento tomou consciência da necessidade de lidar com isto?</b>
142	Eu tinha a consciência de que com isto não podia ficar... Desde início... Quando eu
143	soube que tinha o carocinho e que era maligno, eu soube logo que tinha que tirar
144	aquilo. Não tinha hipótese nenhuma de andar mais tempo... Aquilo eu tinha que
145	tirar...
146	<b>P40 - Qual foi a sua grande motivação para lidar com a situação?</b>
147	U – A família, sem dúvida.
148	<b>P41 - Foi difícil lidar com isto durante estes três meses?</b>
149	Foi difícil e ainda continua a ser.
150	<b>P42 - O que foi mais difícil?</b>
151	Eu sei lá... Olhe, esta vida de parada, de ver as pessoas a sofrerem por mim.
152	<b>P43 - E hoje em dia sente esta situação igualmente difícil ou considera que se</b>
153	<b>tem tornado mais fácil?</b>
154	(Choro) Por exemplo, esta semana para mim é horrível... A minha filha ver-me ali
155	na cama, todo o dia... Horrível...
156	<b>P44 - O que considera pior, a cirurgia ou os tratamentos?</b>
157	A cirurgia é aquele sentimento de ficarmos sem uma parte nossa. A gente olhar e

158	... Mas agora esta parte mexe de uma maneira com a gente... É uma sensação
159	horrível, horrível... três dias antes... já tudo cheira, já tudo... É um incómodo...
160	Horrrível... Eu nem posso pensar... Pensar naquele líquido a entrar em mim, até me
161	arrepia... É horrível...
162	<b>P45 - Houve alguma altura nestes três meses, que a tivesse marcado como</b>
163	<b>uma coisa muito boa ou uma coisa muito má?</b>
164	Sei lá... Isto agora é um trambolhão de emoções... Eu continuo a dizer-lhe, a
165	positiva, é quem eu tenho recebido cá em casa e passou pelo mesmo... Sem
166	dúvida...
167	<b>P46 - E são pessoas suas amigas?</b>
168	São.
169	<b>P47 - Quando elas viveram a doença, vocês já eram próximas?</b>
170	Não.
171	<b>P48 - Conheceram-se após a doença?</b>
172	Não. Eu já as conhecia e sabia que tinham tido esta doença. Mas no decorrer deste
173	tempo, uma sim cruzamo-nos, uma ou duas ou três, mas as outras não. Mas
174	quando isto me aconteceu, elas procuraram-me. Já veio cá na terça-feira uma
175	amiga minha da Bélgica, mas eu não a atendi por estava num dia péssimo, mas
176	hoje ela vem cá. Aconteceu-lhe o mesmo a ela. Mais nova do que eu. A vida nunca
177	mais vai ser a mesma... Às vezes penso, que quando me apareceu esta doença da
178	colite ulcerosa, o doutor na altura disse-me: "Ou aprende a viver com a doença ou
179	eu não posso fazer nada por si". E agora é praticamente a mesma coisa.
180	<b>P49 - Desanimou alguma vez?</b>
181	Durante este tempo estive muitas vezes desanimada... de tudo. Porque eu era uma
182	pessoa que achava que tinha tudo. Tinha aquele problemazito, mas eu aprendi a
183	viver com ele e eu fazia uma vida completamente normal. E agora estar assim
184	nesta... Ora bem, eu agora já não estou inválida porque já faço muita coisa. Mas
185	esta doença tem mais implicações na minha vida.
186	<b>P50 - Desanima tanto como no início?</b>
187	No início era muito, muito pior...
188	<b>P51 - Sente-se adaptada a este problema que lhe aconteceu?</b>
189	Eu agora acho que sim, que estou a adaptar-me bem ao sistema.
190	<b>P52 - Acha que estas sessões de reabilitação que foi tendo cá em casa foram</b>
191	<b>importantes?</b>
192	Eu acho que sim, senão eu ia agora muito empenada para a fisioterapia. Ela movia-
193	me o braço para a esquerda e para a direita e eu não gemia.
194	<b>P53 - Dentro daquilo que se foi falando aqui, o que é que a senhora achou</b>
195	<b>mais importante para a sua recuperação?</b>
196	A ginástica foi sem dúvida muito importante, porque ajudou-me a mexer este
197	bracinho. Concerteza que eu iria pô-lo de lado... Mas a conversa também...

198	<b>P54 - Acha que o enfermeiro de reabilitação poderia ajudá-la mais? O que é</b>
199	<b>que ele poderia fazer mais por si?</b>
200	Eu sinceramente acho que não... Eu gostei da maneira como me tratou, como me
201	perguntava as coisas, se eu tinha dúvidas... Foi muito importante...



## **Anexo VI**

Carta submetida ao conselho de administração do centro hospitalar e seu parecer









## **Anexo VII**

Declaração de consentimento informado



## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro, por meio deste termo, que concordei em participar no estudo intitulado:  
**“Contributo de um programa de enfermagem de reabilitação na transição da mulher mastectomizada”**, desenvolvido pela Enfermeira Sílvia Santos, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, sob a orientação da Professora Doutora Bárbara Pereira Gomes.

Declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do mesmo, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as questões que julguei necessárias.

Fui informada do objetivo, finalidade, procedimentos, riscos e benefícios do estudo.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso do estudo.

A minha colaboração consistirá na frequência de um conjunto de cinco sessões de enfermagem de reabilitação e no fornecimento de informações em resposta à aplicação de uma entrevista pela enfermeira acima referenciada.

Fui informada de que tenho total liberdade para recusar participar no estudo ou abandoná-lo no seu decurso sem qualquer justificação, e também, que será mantida a confidencialidade dos dados obtidos.

Local de Pesquisa: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_  
ou impressão digital:

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

**Nota:** O presente documento será assinado em duas vias: uma via ficará na posse do pesquisador e outra na posse dos próprios participantes do estudo.

